

Année 1904

THÈSE

N° 204

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Février 1904, à 1 heure,

PAR

H.-PAUL IZARD

Ancien Externe des Hôpitaux, Médaille de bronze de l'Assistance publique
né à Paris, le 2 avril 1876

ESSAI ANATOMIQUE PATHOGÉNIQUE

ET CLINIQUE SUR LA

Région utéro-vésicale

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. BUDIN,
DE LA PERSONNE } professeurs.
MAYGRIER, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....	M. DEBOVE
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	N.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LA PERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.)	GOUJET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNÉO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL, Chef des	
DUPRE	LEGRY	Trav. Anatomiques.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE

le D^r ALPHONSE IZARD
Ancien Interne des Hôpitaux

A MA MERE

A TOUS CEUX QUI M'ONT ÉTÉ

ME SONT

ET ME SERONT TOUJOURS CHERS.

A LA MEMOIRE DE MON PRESIDENT

Le D^r Albert Berger

Professeur de Clinique chirurgicale

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR BERGER.

Professeur de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hopital Beaujon

Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

A tous mes maîtres des hôpitaux^e: M. le Professeur PINARD^e; à MM. les D^{rs} RICARD, ROCHARD; à la mémoire du D^r BOUGLÉ; à MM. les D^{rs} BRÉSARD, LONGUET, pour la Chirurgie; à MM. les D^{rs} HUCHARD, MOREL-LAVALLÉE, KLIPPEL, MACAIGNE, TEISSIER, pour la Médecine; qu'il me soit permis d'adresser aujourd'hui l'expression de ma plus sincère gratitude.

A M. le professeur agrégé SÉBILLEAU, pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me prodiguer, pour ses excellents conseils, pour la riche moisson qu'il m'a autorisé à glaner dans ses leçons impromptues, frappées au double coin de la plus cordiale bonhomie et du plus profond savoir, je renouvelle le témoignage de ma peut-être audacieuse, mais respectueuse sympathie.

A M. le D^r LAMY, médecin des hôpitaux, j'adresse mes meilleurs sentiments de reconnaissance émue. Avec une indulgence jamais départie, avec une complaisance inlassable, cet excellent maître a entrepris la tâche, difficile entre toutes, d'initier l'étudiant ignare aux arcanes les plus intimes de la Clinique Médicale.

Appelé par M. le professeur agrégé LÉJARS, chirurgien de l'hôpital Tenon, à prendre à ses côtés, en qualité d'aide, une faible part du succès jamais ébranlé de sa pratique journalière, j'ai pendant 18 mois assisté de très près à plus de 900 interventions. Pas un seul jour, ce maître ne s'est relâché de sa bonté, égale toujours, souvent généreuse, qui s'est affirmée au dernier jour et une fois de plus par la mise en confiance entre mes mains de ce travail que je sens imparfait. Je lui fais grâce ici

de tous les sincères et renouvelés remerciements dont sa modestie s'accommoderait mal.

Que M. le Professeur BERGER, qui sur la foi seule de M. le D^r LÉJARS a consenti à accepter la présidence de cette thèse, veuille bien recevoir l'hommage de ce très modeste ouvrage ! Heureux si quelques questions de détail peuvent l'intéresser, moins indignes qu'elles seraient alors de sa longue et toujours heureuse expérience et de son universelle renommée !

ESSAI ANATOMIQUE PATHOGÉNIQUE ET CLINIQUE

SUR LA

RÉGION UTÉRO-VÉSICALE

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

*Définition. Valeur anatomo-clinique de la région utéro-vésicale.
Constitution générale.*

L'excavation pelvienne représente assez régulièrement un barillet dont l'axe vertical oblique en bas et en arrière, la femme étant supposée debout, coupe à angle droit le plan horizontal moyen, dont tous les diamètres sont à quelques millimètres près égaux entre eux. Les douves du barillet sont des lames osseuses, aponévrotiques ou ligamenteuses liées ou superposées entre elles : branche ascendante et descendante du pubis, branche descendante, corps et tubérosité de l'ischion, membrane obturatrice, surface rétro-cotyloïdienne de fusion des trois os (iléon, pubis, ischion), ligaments sacro-iliaques, ailes du sacrum, sacrum et coccyx. En haut et en bas, les douves sont jointes entre elles par des anneaux concentriques, charpentes du détroit supérieur et inférieur. Le supérieur, irrégulier, est constitué par le promontoire, angle sacro-vertébral, par le bord inféro-antérieur des ailes sacrées, par la crête iléo-pectinée, par la crête pectinéale, enfin par le bord

antérieur du pubis et le bord supérieur de la symphyse. Le barillet reste largement ouvert en haut et en bas. Sous la poussée abdominale les organes pelviens tendraient à s'échapper de l'excavation, s'ils n'étaient arrêtés dans leur prolapsus par un diaphragme musculaire à deux étages, suspendu aux parois osseuses, très oblique de haut en bas, et d'avant en arrière, par le plancher pelvien-rectal doublé du plancher urogénital. Les organes pelviens communiquent avec l'extérieur par trois conduits qui percent respectivement le plancher d'avant en arrière : urèthre, vagin, rectum. Le péritoine, primitivement descendu jusqu'au plancher pelvien, ne tarde pas chez le fœtus, à mesure que croît l'éminence génitale, à se soulever. Quand les organes dérivés du canal de Muller ont atteint leur état complet de développement, trompes et utérus se sont élevés dans l'excavation, jusqu'au niveau du détroit supérieur, et, coiffés du feuillet viscéral de la séreuse péritonéale, ils scindent l'excavation cylindrique en deux demi-cylindres creux, antérieur et postérieur, dont les surfaces de section répondent à la matrice et aux ligaments larges.

Mais ces ligaments ne se superposent pas exactement au méridien transversal géométrique de l'excavation. Leur plan frontal passe par la ligne bi-ischiatique et se place à deux centimètres environ en arrière du plan méridien.

De tout ce qui précède, il suit que le pelvis antérieur est plus vaste, mais moins profond que le postérieur. Le péritoine descendu vers le plancher pelvien forme donc deux culs-de-sac d'inégale hauteur : le cul-de-sac recto-utérin, postérieur, de Douglas, qui répond au bas-fond pelvien primitif, descend très bas sur le vagin ; le cul-de-sac vésico-utérin, antérieur, de formation secondaire et profondeur très variable. Tous deux ont, d'ailleurs, leurs homologues chez l'homme, mais bien moins développés, car les vésicules séminales, dérivés masculins du canal de Muller, restent peu saillantes au-dessous de la vessie. Le cul-de-sac postérieur s'enfonce à peine dans le petit bassin, ses feuillets viscéraux s'accolent de bonne heure pour fournir l'aponévrose de Denonvilliers ; le cul-de-sac antérieur est à peine ébauché par un petit sinus vésico-vésical.

La nature se rapproche plus ou moins de ce schéma, mais ne s'y superpose que très rarement. Le pelvis antérieur, nous

l'avons dit, est très variable de dimensions. Cette variabilité est le fait, soit de son contenu physiologique, soit de son contenu pathologique. Dans cette partie réservée à l'anatomie de la région qui nous occupe, nous étudierons seulement les modifications d'ordre physiologique, reportant à la seconde partie les modifications d'ordre nosologique.

La vessie est tout entière, emprise dans le pelvis antérieur. Fixée par un système complexe de tractus vasculaires et ligamenteux, elle occupe dans le petit bassin une situation irrévocable. Elle est directement appliquée contre la paroi antérieure et ne s'en détache jamais. Cependant, réservoir éminemment élastique et dilatable presque à volonté, elle affecte des rapports très variables selon qu'elle est vide, moyennement dilatée ou gonflée à l'extrême. Vide, elle s'étale sur le plancher pelvien sur les côtés, sur le plancher uro-génital en avant, sans déborder les fosses paravésicales. En arrière, elle se glisse sous la face antéro-inférieure de l'utérus, et son bord postérieur laisse souvent son empreinte sur la face antérieure de la matrice ; en avant et en haut, elle ne dépasse pas le rebord supérieur de la symphyse. Vient-elle à se remplir, il n'en est plus ainsi ? La face supérieure de la vessie vidée se bombe, le sommet se dessine, se dresse ; en arrière de lui, la face supérieure devient postérieure ; les bords latéraux se développent, s'épanouissent en faces ; la face antérieure se crée de toutes pièces. La vessie prend ainsi la forme d'une pyramide quadrangulaire à bords et à sommet arrondis. La face antérieure entre en contact avec la paroi abdominale ; les faces latérales embrassent la concavité du ligament rond ; les fosses paravésicales disparaissent. La face postérieure repousse l'utérus, le col se rapproche du pubis, le corps se redresse, l'angle d'antéflexion s'agrandit et l'axe de l'utérus se conjugue avec l'axe de l'excavation.

Dans l'état de distension maxima, l'utérus bascule en masse en arrière, et se niche dans la concavité sacrée. Le cul-de-sac vésico-utérin se trouve réduit à un sinus virtuel, pincé entre les deux organes.

L'utérus est, au contraire, un organe essentiellement instable et, comme il entraîne dans ses mouvements les deux ligaments larges, un grand rôle lui est réservé dans les variations

physiologiques du pelvis antérieur, dans l'état anatomiquement normal des organes, des parois et du plancher pelvien. La vessie et le rectum vides, l'utérus est à la fois antéversé et antéfléchi ; le fond porté en avant, à quelques centimètres de la symphyse, fait avec le col porté en arrière, vers le coccyx, un angle presque droit qui varie de 100 à 120°. Chez la multipare, le col se redresse dans la prolongation de l'axe du corps et l'utérus tout entier antéversé tend à devenir horizontal. En telle situation, il est généralement médian, mais non pas fatalement ; il peut, en effet, se déplacer latéralement, devenir juxta- ou paramédian, ou se tordre sur lui-même, autour de son axe, en latéro-torsion.

La grande mobilité de l'utérus normal, sain, le place sous la dépendance des organes voisins. Organe central, il est soumis aux pressions concentriques des organes qui l'entourent et obéit à leur suggestion. La pesanteur, la pression abdominale, l'inspiration qui exagère celle-ci, augmentent l'antéflexion. La réplétion rectale reporte le col en avant et l'élève, si la dilatation porte seulement sur l'ampoule rectale. Si l'intestin est dilaté, au contraire, dans toute son étendue, l'utérus tout entier est en antéversion latérale droite. Si la vessie est également distendue, l'utérus se redresse complètement et s'élève dans l'excavation, comme un noyau de cerise s'échappe sous la pression de deux doigts.

D'après ces positions normales, secondaires (Reiffel) de l'utérus et de la vessie, il est facile d'imaginer les modifications variables à l'infini de formes et de dimensions du pelvis antérieur.

Pour la facilité de la description, nous supposerons cette région comme un prisme quadrangulaire, tronqué et creux. Nous étudierons donc, successivement, les quatre parois latérale et les deux bases, le contenant ; le tissu cellulaire de remplissage, l'uretère, les vaisseaux, les nerfs, les débris embryonnaires, le contenu.

CHAPITRE II

Le contenant.

§ I. — **Paroi antérieure.**

La paroi antérieure de l'excavation pelvienne anté-utérine est arrondie. Elle affecte, la vessie vide, la forme d'une demi-circonférence, largement ouverte en arrière, dont le rayon varie avec la largeur du détroit supérieur.

Tout à fait en bas, par suite de l'obliquité très prononcée du bassin, elle est constituée par une paroi osseuse très peu haute, épaisse, tapissée de lames musculaires minces. En haut, la paroi change, musculo-aponévrotique, elle répond à la paroi abdominale antérieure. Seul, le segment sus-pubien nous intéresse, qui entre en rapport direct avec la vessie, moyennement dilatée, ou vide à fortiori.

D'avant en arrière, se superposent les différents plans qui en forment la texture : peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles pyramidaux antérieurs, muscles grands droits, fascia transversalis. Ces muscles et leurs aponévroses d'enveloppe ont entre eux des rapports fort complexes. Sur la ligne médiane, les deux muscles droits sont séparés par une cloison antéro-postérieure, la ligne blanche, qui leur assure une individualité respective. En arrière, et tout à fait en bas, cette cloison s'élargit, ses éléments se déploient en éventail et donnent naissance au ligament sus-pubien postérieur.

Mais sur leur bord externe, les droits perdent leur indépendance. Les deux muscles larges de l'abdomen superposés, petit oblique et transverse, confondent leurs fibres tendineuses en une lame commune qui, pour engainer les grands droits entre deux feuillets aponévrotiques, antérieur et postérieur, se

dédouble jusqu'à dix centimètres environ, au-dessous de l'ombilic. A cette hauteur, le feuillet postérieur cesse brusquement, selon une arcade fibreuse, tranchante, « arcade semi-lunaire de Douglas », laissant la face postérieure musculaire large de 3 centimètres en contact avec la face antérieure de la vessie. Il s'est uni au feuillet antérieur pour constituer, en avant des droits en haut, des pyramidaux en bas, la ligne aponévrotique tendineuse médiane, la ligne blanche.

En dehors des droits, la paroi est formée par l'aponévrose d'insertion des muscles larges qui se modifie en bas et en dedans, sur le bord supérieur du pubis, pour charpenter le canal inguinal, et par les muscles eux mêmes, doubles par le feuillet aponévrotique profond de la gaine des larges (aux fascia transversalis).

Le segment intérieur ostéo-musculaire est constitué de toutes pièces par le pubis : immédiatement en avant, par la face postérieure de la symphyse pubienne, sur laquelle s'accrochent de chaque côté de la ligne médiane les ligaments antérieurs de la vessie ; en dehors et en haut, par la partie interne de la branche horizontale du pubis.

En arrière de la symphyse rampent des vaisseaux, minutieusement étudiés par Farabeuf, à propos de la symphyséotomie. Ce sont de haut en bas, l'artère anastomotique des deux épigastriques nées de chaque côté des grands droits, qui passe horizontalement au dessus des angles pubiens, entre les tendons conjoints du petit oblique et du transverse, en avant, et la ligne blanche, en arrière ; des rameaux artériels épanouis en éventail, rétropubiens, issus d'un troncule commun, branche de l'obturatrice ; des rameaux anastomotiques latéraux entre les obturatrices et les épigastriques correspondantes. Ce sont des veines destinées au tissu cellulaire rétropubien ; des veines tributaires de la honteuse interne, qui traversent l'espace laissé libre entre les ligaments pubo-vésicaux ; des veines rétro symphysiennes.

Toutes anastomosées entre elles, elles dirigent leur sang noir selon deux courants : le supérieur, pelvien, est au-dessus du releveur ; l'autre inférieur, périnéal, est compris dans l'épaisseur du plancher uro-génital.

La paroi musculaire abdominale antérieure est matelassée

sur ses deux faces d'une couche épaisse de tissu cellulaire. Le capiton postérieur au-dessous de l'ombilic se différencie : très épais, il s'organise en lamelle de renforcement étendue depuis les fosses iliaques jusqu'au pubis. C'est dans la portion des muscles droits sous-jacente aux arcades semi-lunaires de Douglas, que le fascia transversalis vrai atteint son maximum de différenciation : il donne à ces muscles une véritable enveloppe postérieure, et limite entre eux et lui une cavité graisseuse le « cavum supra-pubien » de Leusser fermé en bas par le bord supérieur du pubis, en haut et en dedans, par l'arcade de Douglas. De là, il descend entre le pubis et la vessie jusqu'au plancher pelvien, et se prolonge latéralement sur la face profonde de la paroi abdominale, jusqu'aux fosses iliaques.

§ II. — Paroi postérieure.

Ligaments larges sur les côtés, utérus en haut, vagin en bas sur la ligne médiane, forment la paroi postérieure du pelvis antérieur. Plus ou moins convexe, selon le passé génital de la femme, la face postérieure de l'utérus est régulière, sauf à sa partie médiane, où elle présente une crête mousse qui se prolonge en s'effilant vers le fond, du col au corps. Le péritoine la recouvre entièrement, mais se comporte d'une façon très variable avec les sujets. Très adhérent au parenchyme dans sa portion supérieure, à l'égal de ce qui se produit sur la face vésicale de l'utérus, il délimite une zone en croissant, de rayon plus long que la zone antérieure. Sur la ligne médiane, sur la crête, le point de réflexion peut être au-dessus ou au-dessous de la ligne de réflexion transversales latérales, de telle sorte que le cul-de-sac de Douglas demeure simple, plus profond dans l'axe pelvien, ou dédoublé en deux cul-de-sac paramédians. En général, le cul-de-sac descend très bas sur le col et vient se mettre directement en rapport avec la paroi vaginale postérieure, contre laquelle il s'accole parfois jusqu'au plancher pelvien. Il n'est alors séparé de l'anus que par un intervalle de 6 centimètres.

Le cul-de-sac postérieur, en telle occurrence, est divisé en une portion large, cavité supérieure de Douglas, et une portion étroite, haute de 3 à 4 centimètres, l'arrière-fond

de Douglas. Toutes deux superposées constituent le véritable bas-fond pelvien, le cul-de-sac antérieur n'étant, en réalité, qu'un diverticule intervesico utérin annexé au cul-de-sac primitif rétro-utérin.

Sur les côtés de l'utérus, le péritoine recouvre en bas le pédicule utérin, enfoui profondément dans sa gaine, et plus haut, soulevé par eux, il entoure et drape dans ses replis les organes génitaux-pelviens, ovaire et oviducte. Le ligament large ainsi compris se décompose en deux segments : un premier, interne, large, très épais, répond à la gaine vasculaire utérine ; il est triangulaire dans le plan frontal, à sommet pariétal, à base utérine ; son grand côté est limité par l'artère utérine. Le second, externe, très mince, triangulaire lui aussi et dans le même plan, complète le segment interne et confond son sommet avec la corne utérine. Le segment interne par sa face postérieure entre en contact, à l'état normal, avec les anses intestinales, qui appuient sur lui et le rabattent contre la vessie. De plus, inséré à l'utérus, et par cela sous sa dépendance, tend à devenir horizontal. Cette tendance s'accroît quand la matrice est, ou revient en anteposition primaire. La face postérieure est alors supérieure ou supéro-postérieure. Le segment externe du ligament large, au contraire, presque entièrement constitué par le méso-salpinx, reste toujours vertical, perpendiculaire au plancher pelvien, car il est indépendant du segment interne d'une part, et, d'autre part, il est fixé à la paroi latérale par le ligament suspenseur de l'ovaire. Le feuillet postérieur du segment externe est donc franchement postérieur. De là résulte la grande irrégularité de la lame péritonéale postérieure que complice encore la présence contre elle de l'ovaire. La lame antérieure, arrivée sur le bord supérieur de l'oviducte, la contourne pour devenir rétro-tubaire. Dans son segment interne qui répond au canal tubaire proprement dit, la réflexion séreuse est immédiate. Mais entre la paroi pelvienne et le pavillon, la trompe a disparu, la séreuse contourne alors le pédicule des vaisseaux génitaux internes, créant de toutes pièces un nouveau méso-triangulaire, très mince, qui renferme, outre les canaux vasculaires, les éléments musculo-conjonctifs du ligament infundibulo-pelvien de l'ovaire. De ce bord supérieur accidenté, comme on le voit, la lame

postérieure descend alors vers le plancher de l'excavation pour recouvrir les organes postérieurs : ligament de l'ovaire, ovaire, ligament suspenseur auxquels il constitue autant de méso : méso du ligament ovarique, mésovarium, ligament infundibulo-ovarique de Heule, tendu entre la pointe externe de l'ovaire et l'orifice abdominal de la trompe. A ce niveau, le péritoine est interrompu dans toute l'étendue de la frange de Richard et de l'ovaire. Au-dessous, la lame postérieure redevient lisse et régulière pour plonger dans le petit bassin, paroi antérieure du cul-de-sac de Douglas.

Waldeyer, nous l'avons dit plus haut, envisageant l'excavation comme tout entière couverte par une tente séreuse, décrit au péritoine soulevé de ci de là par les organes sous-jacents, une série de fosses décomposées en fossettes secondaires. Nous connaissons déjà les fosses paravésicales, situées en avant de l'utérus, symétriques. En arrière, soulevé par les ligaments utéro-sacrés, le péritoine se creuse en une fosse unique, la fosse hypogastrique de Waldeyer. Sur les côtés de l'utérus, comprise entre le ligament rond en avant, le ligament utéro-sacré en arrière, s'étend une vaste fosse latérale, scindée par la trompe et les vaisseaux ovariens d'une part, par l'artère utérine dans tout son trajet rétro-ligamenteux, d'autre part, en trois fossettes secondaires. La fosse obturatrice de Waldeyer comprend alors la fossette préovarienne entre le ligament rond et la trompe ; la fossette ovarienne, où se niche l'ovaire dans une corbeille vasculaire formée par les anastomoses des artères ovariennes et salpingiennes supérieures et inférieures, fossette étendue de la trompe à l'artère utérine ; enfin, la fossette rétro-ovarienne postérieure qui n'entre plus dans le cadre de notre sujet.

Au-dessous de l'utérus, sur la ligne médiane, la paroi postérieure est constituée par la paroi antérieure du vagin jusqu'à son insertion cervicale. Cette paroi dans sa portion urétéro-vésicale qui correspond au triangle de Pawlik est directement en rapport avec le trigone et le bas-fond du réservoir urinaire et avec les urétéres ; elle n'est séparée de la vessie sur une surface de 3 centimètres et demi environ que par du tissu cellulaire très peu épais, mais très dense (7 millimètres), qui unit si intimement les deux organes qu'il est difficile, sinon im-

possible de les isoler. Détachée de la vessie, la paroi se réfléchit pour passer sur le col utérin et s'y insérer. Cette insertion se fait à peu près sur une étendue de 5 millimètres, suivant un plan oblique d'avant en arrière et de haut en bas, de telle sorte qu'elle est plus élevée sur la hauteur du col utérin en arrière, et sur les côtés que directement en avant, où elle se produit à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. À l'état normal, entre la portion intra-vaginale du col et la paroi vaginale, il n'existe qu'un interstice linéaire, une cavité virtuelle, que la dilatation vaginale transforme en un cul-de-sac, le cul-de-sac vaginal antérieur. Il est très peu profond, sa surface est lisse, égale, sans saillie, et le plus souvent sans arête (1), qui impressionne le doigt explorateur. La face antérieure du col légèrement convexe, lisse également, quelquefois coupée verticalement à sa partie supérieure par une crête mousse (Saenger), est formée par la lèvre antérieure arrondie, rigide, plus longue chez la vierge ou la nullipare, aplatie, molle, très courte chez la multipare, nulle, pour ainsi dire chez les femmes âgées, dant le corps utérin semble alors avoir absorbé le col. La muqueuse qui tapisse le cul de sac vaginal antérieur est épaisse, blanche ou rosée, régulière. Tapissée d'épithélium pavimenteux, reposant sur une couche de tissu conjonctivo élastique qui la soulève au niveau de papilles assez rares dans cette région, elle est continue, sans ouverture glandulaire, car les culs-de-sac glandulaires n'existent pas dans le dôme vaginal.

§ III. — Parois latérales.

Les deux parois latérales sont symétriques et ne diffèrent guère que dans leur orientation, dans les cas de bassin vicié. Ostéo musculaire, cette paroi est essentiellement constituée par un plan osseux interrompu en son centre par une large ouverture triangulaire, le trou sous-pubien, ou ischio pubien.

(1) Saenger et après lui Pichevin, ont signalé sur la face antérieure du col une crête médiane verticale très nette sur les nullipares et les femmes à bassin infantile, confuse chez les multipares.

Branche descendante du pubis, angle pubien, branche horizontale d'une part ; d'autre part, branche ascendante de l'ischion, corps et tubérosité ischiatique ; enfin, surface osseuse quadrilatère, légèrement convexe, adossement de la cavité cotyloïde forment la charpente du trou obturateur. Sur les bords de la lumière, les os s'amincissent selon des arêtes tranchantes d'insertion. En haut, l'arête est dédoublée en une lèvre antérieure cotyloïdienne, et une lèvre postérieure pelvienne qui circonscrivent une gouttière destinée aux vaisseaux obturateurs. En bas, saillant parfois dans l'aire du trou ischio-pubien, existe un tubercule où s'accroche le faisceau principal du muscle obturateur interne. La toile celluleuse qu'est la membrane obturatrice s'attache à toutes ces arêtes ; elle oblitérerait complètement l'orifice, sans la gouttière sous-pubienne et ses deux marges. Au niveau de celles-ci, la tente celluleuse est interrompue brusquement, cercle dont on aurait découpé un segment : les deux bords conjugués chevauchent l'un sur l'autre, l'antérieur inséré sur la lèvre cotyloïdienne, le postérieur sur la lèvre pubienne.

Le plan ostéo-membraneux est revêtu d'un coussin musculaire très épais, l'obturateur interne, que surmontent en dedans et à la partie inférieure les fibres latérales du releveur de l'anus. L'obturateur interne inséré à la face pelvienne de la membrane sous-pubienne, à la face correspondante de la branche descendante du pubis, à la face interne de la branche horizontale sur la surface cotyloïde, gagne par un trajet oblique en bas, en arrière et en dedans, l'échancrure sciatique. Il présente donc son maximum d'épaisseur dans le pévis antérieur. Le capitonnage de l'excavation ne cessera guère, qu'au niveau de l'échancrure obturatrice, où, associé avec son aponévrose tendue en arcade, le muscle ménage une ouverture profonde au canal dans lequel s'engageront les nerfs et vaisseaux obturateurs qui se glissent sur sa face péritonéale au-dessus de la lame celluleuse aponévrotique. Cette aponévrose d'enveloppe épouse en avant les attaches du muscle sous-jacent sur le pubis, confond en haut ses fibres avec celles du périoste qui recouvre la ligne innommée et se dirige, en arrière, vers la grande échancrure sciatique. Les lames musculaires latérales du releveur s'insèrent sur cette aponévrose suivant la conca-

ulté du détroit supérieur, c'est-à-dire suivant un trajet curviligne concave en haut, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de cette lame conjonctivo-élastique, par des fibres tendineuses qui, groupées, constituent l'arcus tendineux levatoris ani. De leurs divers points d'implantation, les fibres se dirigent en arrière, convergeant vers le rectum, affectant une direction d'autant plus oblique, que leur insertion est plus postérieure.

Toute l'étendue de la paroi musculaire latérale de l'excavation est appliquée contre le plan ostéo-ligamenteux par l'aponévrose pelvienne supérieure.

§ IV. — Paroi inférieure.

La paroi inférieure du petit bassin est constituée par un plancher musculaire accroché dans l'excavation pelvienne, suivant une orientation générale, oblique en bas et en arrière. Ce diaphragme, concave en haut, est largement interrompu pour donner passage aux canaux génito-urinaires et au rectum. Il maintient les organes abdominaux suspendus dans leur cavité domiciliaire et sépare le petit bassin du périnée.

Les lames principales de ce parquet appartiennent à un seul muscle, le releveur de l'anus. L'ischio-coccygien le complète en arrière du rectum. Mais, en avant de cet organe, les fibres les plus internes du releveur délimitent entre elles un espace vide uro-génital, qu'un second plancher sous-jacent devra combler. Les fibres du releveur ont été scindées en deux faisceaux : le faisceau interne, profond, légèrement surélevé au-dessus du faisceau externe ou superficiel, s'insère en arrière du pubis, près de la ligne médiane et sur la face externe du ligament pubo-vésical. Il se dirige directement d'avant en arrière, pour se perdre et s'entrecroiser en arrière du vagin. Le faisceau externe s'attache, en avant, à la face postérieure du pubis et, latéralement, à l'aponévrose obturatrice qui tapisse le petit bassin, au-dessous de la ligne innommée.

Latéralement, de la base des ligaments larges à la paroi pelvienne antérieure, les feuilles du parquet pelvien sont intimement liées les unes aux autres, sans plinthes et sans fissures. Elles sont accolées en dedans aux parois latérales du va-

gin, par l'entremise d'un mastic cellulaire, mais elles ne s'y insèrent pas, car elles en sont séparées par un léger feuillet aponévrotique qu'on peut détacher, difficilement, il est vrai.

En avant du vagin, il existe une solution de continuité large de 30 millimètres en rapport, d'avant en arrière, avec le plexus de Santorini, l'urèthre, la base de la vessie, la paroi vaginale antérieure. Ce sont de nouvelles formations musculaires sous-jacentes au diaphragme pelvien principal, formant le plancher uro-génital, qui fermeront cette ouverture.

Immédiatement en dessous du releveur anal, jouant vis-à-vis de l'urèthre, le rôle du releveur vis-à-vis du rectum, diminutif de celui-ci, le constricteur de l'urèthre, inséré aux parois des veines plexiformes de Santorini, à la face postérieure de la symphyse. Le constricteur de l'urèthre envoie des fibres antéro-postérieures des deux côtés du canal urinaire, qui viennent se terminer sur la paroi vaginale antérieure, en s'entrecroisant sur la ligne médiane, et en s'imbriquant sur les parois du conduit génital, avec les fibres antérieures du transverse profond du périnée. Ce second muscle est, en majeure partie, rétro-vaginal : cependant quelques fibres isolées, tour à tour niées et reconnues, douées même, d'après Führer, d'une autonomie très nette, s'entrecroisent et s'épanouissent en avant du vagin, laissant entre elles des espaces suffisants pour le passage des plexus veineux de la région. En avant de l'urèthre enfin, ce muscle postéro-urétral se continue par des fibres parties du bord interne de la marge inférieure de la branche descendante du pubis, perdues, entrecroisées avec les fibres musculaires opposées sur la ligne médiane, qui constituent le muscle transverse de l'urèthre.

Les interstices musculaires du plancher uro-génital sont oblitérés par les différentes enveloppes aponévrotiques des muscles de la région, plus ou moins fusionnées entre elles et leurs homologues du côté opposé : aponévrose inférieure du releveur anal, lamelles conjonctives supérieure et inférieure, dédoublement de l'aponévrose périnéale moyenne. Dans sa portion antérieure, l'aponévrose inférieure du releveur qui épouse les mêmes insertions que le muscle s'insère sur le diaphragme uro-génital, et s'accole parfois indestructiblement au feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne. Celle-ci, insérée aux bran-

ches ischio-pubiennes, ne tarde pas, en effet, à se dédoubler pour emprisonner les muscles transverse périnéal profond, transverse et constricteur de l'urèthre. Sur les côtés de l'urèthre et du vagin, la lamelle inférieure vient mourir doucement sans s'attacher à ces deux conduits. Dans l'interstice amusculaire limité par la vessie en arrière, la veine du clitoris et le ligament arqué de Loth en avant, les deux lamelles se confondent et, par leur fusion, forment le ligament préurétral de Waldeyer. Feuillet intérieur de l'aponévrose périnéale profonde et aponévrose moyenne accolées constituent dans cet espace très étroit une couche cellulaire dense, directement en rapport, par sa face supérieure, avec le plexus de Santorini et le riche tissu cellulaire de la cavité de Retzius.

La paroi inférieure de notre région, reste donc ouverte au niveau de l'urèthre et au niveau du vagin. Elle croise ce conduit obliquement, à 2 centimètres et demi environ au-dessus de l'orifice vulvo-vaginal. Les parois vaginales déprimées en doigt de gant, pour aller au-devant de l'utérus sur lequel elles s'insèrent, fermeront complètement le plancher, paroi inférieure, et constitueront la partie inférieure médiane de notre paroi postérieure.

§ V. — Paroi supérieure.

Cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

La paroi supérieure est uniquement constituée par le péritoine. Pariétal, il descend le long de la paroi abdominale antérieure, en arrière d'elle, glisse sur la face postérieure de la vessie ; arrivé aux limites de cette face avec la base de cet organe, il se réfléchit pour tapisser la face antérieure de l'utérus et forme ainsi un cul-de-sac plus ou moins profond, cul-de-sac vésico-utérin, « vésico-génital de la femme ».

Quand le réservoir urinaire est vide, le péritoine passe directement de la paroi abdominale à la face postérieure de la vessie, au niveau du bord supérieur de la symphyse. Il se plisse dans le sens transversal, selon un plus ou moins grand nombre de rides qui disparaissent avec la distension, et n'est soulevé de bas en haut que légèrement par l'ouraque et les cordons fibreux d'oblitération des artères ombilicales.

Mais il n'en est plus de même quand le réservoir se remplit. Le sommet s'élève, s'arrondit en dôme, aux dépens de la face postérieure, se coiffe du péritoine qui se réfléchit alors de bas en haut, sur la face antérieure de l'organe et forme un nouveau cul-de-sac, le cul-de-sac prévésical qui se creuse d'autant plus qu'on s'éloigne de la ligne médiane. La saillie de l'ouraque et des artères ombilicales est plus accentuée, et la séreuse leur constitue parfois de véritables méso, sur les faces latérales de la vessie, qui n'apparaissent qu'à ce moment. A l'état de distension moyenne, le cul-de-sac prévésical atteint la symphyse pubienne. Si la réplétion se complète, le cul-de-sac remonte alors, mais il ne s'éloigne jamais de plus de 3 centimètres du bord supérieur du pubis. Plus en dehors, le péritoine pariétal qui repose sur le fascia transversalis est soulevé à nouveau par la saillie de l'artère épigastrique et par le ligament rond. Toutes ces crêtes délimitent entre elles des fossettes intermédiaires, fossette interne, fossette moyenne, fossette externe qui sont le lieu de passage des hernies inguinales. Sur les faces latérales de la vessie, le péritoine se réfléchit suivant une ligne courbe, oblique en bas et en arrière, qui les croise au niveau de leur tiers moyen, de telle sorte que les culs-de-sac latéraux ne tardent pas à se confondre avec le cul-de-sac vésico-utérin. La face postérieure du réservoir devenue postéro-inférieure, convexe en tous sens, est tout entière en rapport immédiat avec la séreuse. Arrivée à une certaine distance du plancher pelvien, celle-ci se replie toute entière sur la face antéro-inférieure de la matrice et sur la gaine hypogastrique, mais elle ne tapisse pas régulièrement cette région. Elle est soulevée par divers organes qui délimitent entre eux des dépressions plus ou moins profondes qui se succèdent d'avant en arrière : la fosse paravésicale de Waldeyer, limitée en dedans par la vessie, en dehors par la paroi pelvienne antérolatérale, en arrière par le ligament rond, et subdivisée quand la vessie est vide en deux fossettes, antérieure et postérieure, par la terminaison du repli vésical transverse, large de 5 à 10 millimètres, et son accessoire : la fosse obturatrice limitée, en avant, par le ligament rond, en haut, par la veine iliaque externe ; en arrière, par l'urètre. Parfois ce repli dit « vésical » n'existe pas sur la vessie : il semble s'être déplacé vers

la face antérieure de l'utérus par glissement. En tous cas, il disparaît complètement quand la vessie se dilate. Le péritoine se réfléchit, en général, sur la face vésicale de l'utérus, au niveau de l'isthme. Mais exceptionnellement, sauf, chez la multipare où le cas devient plus fréquent, le cul-de-sac descend plus bas, prend contact avec le col, en revêt une partie, et peut même s'accoler à la partie supérieure du vagin, contre la paroi antérieure. Le périmétrium est adhérent au parenchyme musculaire, mais cette intimité varie selon la hauteur de la réflexion péritonéale. Dans la portion isthmique et dans la partie inférieure du corps, il est possible de désinsérer la séreuse ; mais dans la partie supérieure et au niveau du fond, le décollement est impossible (1). Le péritoine fait partie intégrante de la matrice, qui apparaît lisse, glacée, vernie, régulière de surface et légèrement bombée. Au niveau du fond de l'utérus, il passe sur la surface postérieure de l'organe. Sur les côtés, il remonte par-dessus les pédiculaires vasculaires destinés aux organes génitaux pelviens et sur l'oviducte, et forme la lame antérieure du ligament large, oblique en bas et en arrière dans son segment interne qui suit l'utérus, verticale dans le segment externe, où elle se continue avec la séreuse pariétale. Cette lame est donc irrégulièrement tendue, de la paroi aux bords de l'utérus. Au niveau de la corne utérine, un peu en avant et au-dessous d'elle, la lame péritonéale est soulevée par un nouvel organe.

Etendu de la partie antéro-latérale de l'utérus au pubis, le ligament rond ou ligament inguino-pubien traverse le petit bassin d'arrière en avant, en décrivant une courbe à concavité interne dont l'extrémité prépubienne est plus éloignée de la ligne médiane que l'extrémité utérine. La portion intra-pelvienne a été décomposée en trois segments par Waldeyer : segment utérin, segment intra ligamentaire, segment iliaque. Confondu avec les fibres musculaires lisses émises par l'utérus vers les ligaments larges, aplati, étalé sous le péritoine qu'il

(1) Cette fusion entre le parenchyme et le péritoine viscéral, se fait assez nettement selon une ligne courbe à concavité supérieure délimitant une surface en croissant dont les cornes répondent aux cornes utérines.

soulève à peine, il semble s'insérer (car il n'y a pas insertion vraie) sur le bord latéral de l'utérus un peu au-dessous et en avant de l'origine tubaire ; après un court trajet d'un centimètre, il tend à devenir cylindrique ; et nettement différencié, il soulève légèrement le feuillet antérieur du ligament large pour en constituer l'aileron antérieur, petit méso qui limite les fosses obturatrices et paravésicales. Intermédiaire à la vessie située en avant et en dedans de lui, et à la trompe qui est postérieure et externe par rapport à lui, il se superpose aux vaisseaux utérins et à l'uretère entrecroisés à ce niveau, aux vaisseaux vésico-vaginaux, au cordon de l'artère ombilicale qu'il croise différemment selon la situation utérine, l'état de réplétion ou de déplétion de la vessie.

Dès lors, il s'échappe du tissu cellulaire ligamentaire, pour gagner l'orifice inguinal ; il se glisse sous le péritoine qu'il soulève et dont il se coiffe entièrement, croise le repli vésical transverse mourant, chevauche le psoas, les vaisseaux iliaques externes, le nerf génito-crural, après avoir pris contact avec le détroit supérieur. Enfin abandonnant définitivement la séreuse, par un trajet curviligne concave, en dedans et en bas, il embrasse la concavité contraire de l'artère épigastrique et se glisse à travers le canal inguinal en compagnie de son artère propre, la funiculaire, qu'il a rencontrée au carrefour de sa route avec celle de l'artère épigastrique.

Essentiellement constitué d'une mèche centrale conjonctivo-élastique et d'un manchon de fibres lisses, plus épais sur sa face péritonéale que sur sa face pelvienne, il s'entoure dans sa portion iliaque d'un second manchon de fibres striées qui double le premier, dépendance des muscles de la paroi.

CHAPITRE III

Le Contenu.

§ I. — **Tissu cellulo-conjonctif.**

Aponévrose pelvienne. Aponévrose ombilico-vésicale. Gaine hypogastrique : gaine allantoïde, gaine utérine. Tissu cellulaire neutre, cavité de Retzius, septum vésico-utérin : tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le large espace limité par les parois que nous venons d'étudier successivement est habité par deux organes essentiels, qu'un tissu cellulaire de remplissage rend solidaires l'un de l'autre, l'utérus appliqué contre la paroi antérieure, la vessie accolée contre la paroi antérieure par la paroi supérieure, le péritoine. Mais le tissu cellulo-conjonctif joue le double rôle de protecteur et de soutien : il se différencie selon ses fonctions, se concrète en lames plus ou moins individualisées et donne naissance à des feuilletts aponévrotiques, simples et étalés en gaines repliées et closes : aponévroses musculaires d'enveloppe : ligaments pubo-vésico-génito-recto sacrés : aponévrose ombilico-vésicale : gaine hypogastrique et ses trois dérivés : gaine hémorroïdale, moyenne ou rectale, gaine utérine, gaine allantoïde.

A proprement parler, l'aponévrose pelvienne est plutôt une dépendance du plancher pelvien qu'un dérivé du tissu cellulaire. Cette aponévrose essentiellement hétérogène est fournie en avant par l'aponévrose du releveur qui se continue par l'aponévrose de l'obturateur interne, dans sa partie tout à fait

antérieure. Insérée à la face postérieure de la symphyse, sur la branche descendante et horizontale du pubis, sur l'arcade fibreuse qui sous-tend le canal obturateur, elle remonte superposée à l'aponévrose du muscle obturateur, jusqu'à la ligne innommée, où ses fibres se confondent avec celles du périoste. En dedans l'aponévrose prend contact avec les parois latérales du canal urinaire et du vagin, par l'intermédiaire des plexis veineux et contournant le bord interne du releveur se perd sur le feuillet supérieur de l'aponévrose du plancher uro-génital. La couverture pelvienne, mince dans la majeure partie de son étendue, s'épaissit en différents points. Sur le releveur anal, cet épaississement forme l'arcus tendineux fascia pelvis, bandelette fibreuse étendue de l'épine sciatique à la partie inférieure de la symphyse, d'arrière en avant, qui abandonne chemin faisant, à la vessie et au vagin, des fibres conjonctives, et prend le nom de ligament pubo-vésical externe ou pubo-vaginal (théorie de P. Delbet).

Dans l'espace anté-vésical laissé libre par les bords internes du releveur, limité par les ligaments précédents, l'aponévrose pelvienne, réduite à l'état de mince lamelle, se confond avec l'aponévrose correspondante opposée, pour former le ligament pubo-vésical médian, creusé en fossette remplie de graisse que traversera la veine dorsale du clitoris, pour se jeter dans le plexus de Santorini.

L'aponévrose du muscle obturateur ne tapisse la paroi pelvienne que tout à fait antérieurement, en arrière de l'insertion musculaire, sur la branche horizontale du pubis.

La vessie, le col utérin et le vagin, le rectum sont réunis les uns aux autres, sur leurs faces ou leurs bords latéraux, par un appareil musculo-conjonctif sagittal, inséré aux deux pôles, antérieur et postérieur, de la circonférence pelvienne du pubis et au sacrum : appareil de soutènement commun, rendant chaque organe en particulier tributaire de ses voisins et des mouvements qui leur sont imprimés. Ce sont les ligaments pubo-vésico-génito-recto-sacrés. Ils ont été diversement interprétés par les auteurs. Delbet les scinde en deux segments. Le segment postérieur, ligament utéro-sacré des classiques, est constitué par la condensation des fibres musculo-conjonctivo-élastiques de l'aponévrose postérieure du ligament large, insérées de haut

en bas, de chaque côté de la face antérieure du sacrum et du coccyx, en dedans des trous sacrés, suivant une ligne oblique en bas, en dedans et en avant. Le segment antérieur, ligament pubo vésical latéral, est formé par l'épaississement de l'aponévrose du releveur. Les deux segments indépendants l'un de l'autre confondent et réunissent leurs éléments constitutifs sur les bords latéraux du col utérin. Rieffel, au contraire, non sans formuler quelques réserves, conserve aux ligaments utéro-sacrés leur autonomie, mais il considère les ligaments pubo-vésico-vaginaux comme un groupement, à allure ligamentaire, des fibres émanées des diverses aponévroses de la région : fibres sagittales, riches en éléments contractiles de l'aponévrose pelvienne : fibres obliques, latérales de l'arcus tendineus aponévrotique, confondues au niveau des vaisseaux iliaques internes, avec celles de l'aponévrose postérieure et de la gaine hypogastrique : fibres issues de la face postéro-inférieure de l'aponévrose ombilico-vésicale.

Ces conceptions assez complexes ne tendent rien moins qu'à enlever au ligament tout entier toute son individualité. En réalité, ces ligaments sont franchement autonomes. Très nets à une dissection surtout grossière, ils sont constitués par des fibres conjonctives et élastiques, très semées d'éléments contractiles qui s'insèrent en avant, de chaque côté de la symphyse pubienne, et sur la branche horizontale du pubis, en arrière, selon un éventail aponévrotique vertical, à la face antérieure du sacrum et au coccyx. Ils forment ainsi les montants d'une échelle horizontale dont les barreaux sont des ponts fibreux entrecroisés sur la ligne médiane, jetés entre le rectum et l'utérus, l'utérus et la vessie, la vessie et le pubis.

En avant de la vessie descend vers l'aponévrose pelvienne une lame conjonctive, mince mais isolable, qui est l'aponévrose ombilico-vésicale. Triangulaire, à sommet ombilical, elle glisse en avant du péritoine pariétal, de l'ouraque et des artères ombilicales, un peu en dessous desquelles elle se perd sur la séreuse.

Plus bas, l'aponévrose est en contact avec la face antérieure de la vessie, descend, aplatie contre elle jusqu'aux ligaments antérieurs pubo vésicaux, et plus en dehors, jusqu'au feuillet supérieur aponévrotique du plancher rectal, comme nous

l'avons vu. La lame se prolonge sur les côtés de la vessie, en suivant les artères ombilicales, pour se perdre vers la grande échancrure sciatique ; en dehors des artères, elle se continue par le tissu cellulaire sous-séreux. Entre elle et le fascia transversalis se trouve, en avant du réservoir urinaire, un espace virtuel plus large antérieurement, qui serait peut-être fermé sur les côtés et en bas, par l'aponévrose ombilico-vésicale qui le sépare de la gaine des vaisseaux, ouvert en haut, et sur les côtés, sur le tissu cellulaire sous-péritonéal, donc à la fois rétro-pubien et rétro-pariétal, la cavité de Retzius. Cet espace prévésical est normalement comblé de graisse ; anormalement, il renferme une bourse séreuse qui facilite le glissement de la vessie sur la symphyse et, quelquefois, des ganglions lymphatiques. La disposition de cet espace prévésical explique sa suppuration par propagation, dans les cas d'inflammation de l'atmosphère celluleuse pelvienne, de phlegmon du ligament large par exemple. Son occlusion à sa partie inférieure et en arrière, par l'aponévrose ombilico-vésicale, rend compte également de l'impossibilité de sa suppuration, quand la gaine hypogastrique se remplit de pus.

La vessie interposée à l'aponévrose précédente et au péritoine est engainée toute entière dans un manchon conjonctif qui se moule exactement sur l'organe, la gaine allantoïde. Celle-ci, dédoublement de la gaine hypogastrique primitive destinée à encapuchonner les vaisseaux vésicaux, se continue tout autour de la vessie en bas, autour des artères ombilicales et de l'ouraque en haut, jusqu'à l'ombilic autour duquel elle se termine, cône effilé et légèrement tronqué, à sommet supérieur. Très différenciée chez le fœtus, cette gaine tend à disparaître chez l'adulte. Le feuillet antérieur se réduit à quelques fibres conjonctives entremêlées intimement à l'aponévrose ombilico-vésicale ; seul, le feuillet postérieur reste organisé en une toile très mince, relativement facile à dissocier ; à l'intérieur de la gaine, la vessie baigne dans une atmosphère de tissu cellulaire lâche, neutre, l'espace périvésical.

Latéralement, les deux feuillets, antérieur et postérieur, de la gaine allantoïde se fusionnent et accompagnent les artères ombilicales jusqu'à leur embouchure dans l'hypogastrique, jouant, vis-à-vis de ces vaisseaux le rôle de la gaine

utérine vis-à-vis des vaisseaux utéro vaginaux. De l'instant où l'artère utérine accompagnée de ses veines, des nerfs et lymphatiques venant ou venus des organes génitaux pelviens quitte la paroi latérale de l'excavation, elle se dirige en dedans et en haut, vers l'utérus : tenue à traverser tout le tissu musculo-conjonctif sous-péritonéal, elle souleve tous les éléments constitutifs de ce tissu, qui se condensent, débarrassés de leur graisse, en une lame unique, fibreuse, qui suit une direction déterminée, pseudo-aponévrose insérée aux organes voisins (vagin, col de l'utérus, péritoine, aponévrose pelvienne).

L'aponévrose, soulevée par le pédicule utéro-vaginal de la même façon que le péritoine par le ligament large, est divisée en deux lames secondaires, versants antérieur et postérieur. Sur le versant postérieur, l'aponévrose postérieure du ligament large, très épaisse, musculo-aponévrotique, se dirige, pour y prendre insertion, vers la paroi osseuse pelvienne postérieure et les viscères de l'excavation postérieure. Sur le versant antérieur, l'aponévrose antérieure du ligament est moins nette, moins continue et si mince qu'il est difficile de l'isoler. Quelques-unes de ses fibres, cependant, semblent se mêler aux ligaments pubo-vésico-génito-recto-sacrés.

Les deux lames au niveau des vaisseaux se réunissent au-dessus d'eux, les encapuchonnant en avant et en arrière d'une enveloppe à section sagittale triangulaire, ouverte seulement en bas, qui est la gaine hypogastrique de Delbet, ou mieux sa dépendance péri-utérine, gaine qui baigne l'uretère et les vaisseaux, jusqu'à leurs plus infimes terminaisons. A l'intérieur d'elle, les canaux rampent à travers du tissu cellulaire, lâche, aréolaire, destiné à faciliter leur jeu physiologique, qui se continue largement au dehors avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, plus étroitement en avant, au niveau du col utérin avec le tissu cellulaire plus ou moins dense, périvésical et pré-cervical. Celui-ci est, en général, assez abondant. Il unit, sur une hauteur d'un centimètre et demi, le col utérin au bas-fond de la vessie, d'une façon assez lâche, sur la ligne médiane, pour rendre possible le glissement d'un organe sur l'autre, plus étroitement sur les côtés, par l'intermédiaire des fibres conjonctivo-musculaires, fusionnées, issues de la gaine urétérale, des terminaisons de la gaine hypogastrique, de la tunique muscu-

laire des veines nombreuses de la région de l'aponévrose pelvienne constituée en ligaments pubo-vésico-vaginaux. Partout ailleurs, le tissu cellulaire garde ses caractères de tissu neutre, sauf immédiatement au-dessous de la séreuse périlonéale ligamentaire, où les fibres lisses semblent se condenser à nouveau pour la renforcer.

§ II. — Urètre.

Venu des parois latérales de l'excavation, l'urètre, avant de pénétrer dans le ligament large, à la hauteur de l'orifice interne du col, soulève légèrement la séreuse. Pendant une partie de ce trajet, il forme, avec l'aide de l'artère utérine, la berge inférieure et interne de la fossette ovarienne. Abandonnant la lame postérieure, il traverse la base du ligament large, suivant une courbe légèrement concave en haut, oblique, d'arrière en bas, et de dehors en dedans, qui sous-croise le ligament rond. Chemin faisant, après avoir navigué de compagnie, sur une distance de 2 centimètres et demi environ dans un même canal conjonctif, dépendance de la gaine hypogastrique primitive, il quitte l'artère utérine, les plexus veineux postérieurs et aborde le cul-de-sac vaginal antéro-latéral. L'artère remonte vers sa destination, le col utérin. L'urètre continue seul son trajet à travers le tissu cellulaire latéro-cervical, il croise le bord externe du col, au niveau de l'isthme, à environ 18 millimètres de cette partie de l'utérus, quelquefois moins, en particulier du côté gauche, à 7 centimètres de son congénère ; il répond alors au cul-de-sac vaginal latéral, puis il gagne le tissu cellulaire, lâche, de doublure du cul-de-sac antérieur, intermédiaire au vagin et la vessie. Il s'allonge sur une longueur d'environ 20 millimètres, accolé à la paroi du vagin et très intimement uni au bas-fond de la vessie (1). L'ouverture dans le réservoir urinaire se fait à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du conduit génital, à 2 à 3 centimètres de l'orifice externe du col, au niveau du triangle de

(1) Cette disposition topographique explique les blessures de l'urètre dans la pratique de l'hystérectomie vaginale ou simplement dans la cœliotomie antérieure.

Pawlik, à 2 centimètres enfin, de son opposé quand la vessie est vide. Il se fraye un chemin oblique à travers les parois vésicales, pour s'ouvrir dans le réservoir, selon un orifice en bec de plume.

L'uretère affecte avec les vaisseaux des rapports d'autant plus intimes qu'il emprunte leur manchon celluleux, au sein duquel il se creuse dans son bas-fond, une sorte de sereuse répondant aux alternatives de réplétion et de déplétion du fuseau urétérique pelvien.

Au niveau du cul-de-sac vaginal latéral, abandonné de l'artère utérine qui remonte vers la corne utérine, il est croisé à angle aigu par un certain nombre de petites artérioles, les vésico-vaginales qui, flexueuses, gagnent le cul-de-sac vaginal antérieur et le bas-fond vésical. En dehors et en dedans de lui rampent deux plexus veineux, le plexus vésico-vaginal et le plexus utéro-vaginal. Celui-ci reçoit un double tronc vasculaire, l'antérieur, qui chemine en avant du conduit urinaire, séparé de lui par la crosse de l'artère utérine, et le postérieur inconstant, qui rampe en arrière. Enfin, faisant en certains points partie intégrante des parois veineuses voisines, une gaine particulière, formée d'éléments celluleux et de fibres musculaires lisses, issues de la vessie, entoure le canal et lui constitue, avec les fibres musculaires lisses de sa paroi, un véritable manchon lymphatique comblé de tissu cellulaire lâche.

§ III. — Artères.

Arrivée au contact de la lame postérieure du ligament large, l'artère utérine, née du tronc antérieur de l'artère hypogastrique, soulève légèrement le feuillet péritonéal dans son segment extérieur, se dirige à travers le tissu cellulaire en suivant la direction légèrement oblique en avant de l'uretère, antérieurement et légèrement en dedans de lui, créant par leur communion la berge interne et intérieure de la fossette ovarienne. A 15 à 20 millimètres du bord cervical utérin, les deux conduits sanguin et urinaire perdent contact ; l'artère croise l'uretère en avant, pour remonter le long du bord de la matrice. Dans tout ce parcours, l'artère rampe dans une enveloppe commune aux plexi veineux et lymphatiques. Le long du bord utérin,

L'artère franchement intra-ligamentaire se rapproche d'autant plus de la matrice qu'elle est plus élevée : chez la nullipare, éloignée du col d'une distance de 1 centimètre et demi environ, elle n'est plus qu'à 5 millimètres du corps, ce contact devient immédiat chez la multipare où les flexuosités artérielles s'accrochent en avant au parenchyme utérin, unies au réseau veineux et aux fibres musculaires lisses émanées de l'organe gestateur.

Chemin faisant, l'artère fournit des branches très importantes. Dans sa portion horizontale, quelques artérioles naissent qui irriguent le tissu cellulaire. Du niveau d'entrecroisement de l'artère avec l'uretère, part une branche destinée au canal urinaire qui ne tarde pas à se diviser en deux branchioles ; l'une directe s'anastomose avec une branchiole collatérale de l'artère vésicale inférieure, l'autre récurrente qui s'anastomose avec l'artère ovarienne interne à travers l'épaisseur du ligament. En dedans de la croix utéro-urétérale un tronc artériel très volumineux, qui semble prolonger en bas le trajet ascendant de l'artère utérine, naît et plonge dans l'excavation, unique ou dédoublé, abandonnant de nombreuses branches au col utérin, aux parois latérale et antérieure de l'extrémité supérieure du vagin, au bas-fond vésical ; c'est l'artère cervico-vaginale dont les branches terminales se rencontrent avec des rameaux vésicaux qui viennent de l'utérine, s'épanouissent en avant de la portion terminale de l'uretère à la face postéro-inférieure de la vessie, au cul-de-sac vaginal antérieur.

Dans sa portion ascendante, l'utérine émet un grand nombre de fins rameaux destinés : en dedans, à l'utérus ; en dehors au ligament large ; en avant, au ligament rond. Ces derniers, très grêles, se rendent aux fibres lisses du ligament et s'anastomosent avec des ramuscules originaires de la génitale externe ou directement de l'épigastrique, quelquefois même de la circonflexe iliaque. L'un de ces derniers, plus volumineux, remonte assez loin vers l'utérus, et constitue l'artère du ligament rond.

Au niveau de la corne utérine, l'artère se détriple : une branche récurrente irrigue le fond de la matrice ; une branche postérieure sous-jacente à la lame péritonéale postérieure s'anastomose à plein canal, avec une branche de l'ovarienne interne ;

une branche antérieure par rapport à la précédente, rampant dans le mésosalpinx, au-dessous de la trompe, s'anastomose elle aussi au niveau de l'ampoule, avec la branche tubaire de la génitale interne (Branche utérine, branche ovarienne, branche tubaire). Toutes donnent des fins rameaux au tissu cellulaire ligamentaire.

Vaste champ d'épandage sanguin, le vagin est décomposé en trois bassins artériels anastomosés entre eux. Au bassin artériel supérieur correspondent les vaginales supérieures étudiées plus haut comme ramifications de la branche cervico-vaginale de l'utérine. Au bassin moyen se distribue l'artère vaginale proprement dite. Née exceptionnellement de l'hypogastrique, en avant de l'embranchement de l'artère utérine, décrite par l'arabesque, sous le nom d'artère vaginale de renfort, elle chemine sur le côté externe de l'uretère, au milieu du plexus vésico-vaginal. Le plus souvent, elle émane de l'utérine, croise en arrière le canal urinaire (Nagel) et se perd sur la portion du canal vaginal sus-jacente au plancher pelvien. Quand cette artère est peu développée, l'artère du bassin sanguin inférieur, la vaginale inférieure, plus volumineuse alors, la supplémente. De ces troncs naissent des ramuscules transversaux qui se réunissent sur la ligne médiane en un tronc azygos inconstant, noyé dans le tissu cellulaire vésico-vaginal, tronc artériel azygos vertical antérieur de Nagel.

Nous avons vu que les rameaux vésicaux de l'artère utérine desservaient particulièrement le bas-fond et la face inféro-postérieure de la vessie. Sur cette face, véritable champ anastomotique artériel, elles communiquent avec les artères propres ou accessoires du réservoir : hémorroïdale moyenne, branche de l'épigastrique destinée également à la face postérieure; artères vésicales inférieures, branches de l'épigastrique ou de l'ombilicale dans sa portion initiale encore perméable, destinées à la région du trigone; rameaux vésicaux très nombreux de l'artère vaginale proprement dite.

§ IV. — Veines.

Tantôt vides, tantôt gorgées de sang selon l'état de déplétion ou de réplétion vésicale, les veines de la vessie se réunis-

sont en plusieurs troncs volumineux, qui rampent, flexueux, sous le péritoine. Le groupe antérieur se jette dans le plexus de Santorini ; le sang veineux vésical s'y mêle au sang noir venu de l'épigastrique, des veines de la paroi musculaire antérieure. Sur les côtés, les collecteurs nombreux, largement anastomosés avec les postérieurs et les antérieurs, se déversent dans le plexus vésico-vaginal où aboutissent également la plupart des troncs postérieurs. Les vaisseaux noirs de la base se portent, au contraire, en arrière et débouchent dans les veines utéro-vaginales. Cette distinction en plexus vésico-vaginal et plexus utéro-vaginal superposés est un peu factice ; car, tous deux sus-jacents à l'aponévrose pelvienne, avalvulaires, de mêmes caractères microscopiques, ils communiquent largement entre eux et se déversent, en somme, dans le même tronc commun : la veine iliaque interne. Les veines vaginales très nombreuses, à mailles anastomotiques d'autant plus espacées qu'elles se rapprochent de la voûte vaginale, forment sur la paroi antérieure un réseau très intimement lié à cette paroi d'une part, et au bas-fond vésical d'autre part, rampant à travers l'atmosphère celluleuse dense vagino-vésicale. C'est ce plexus que l'on désigne sous l'appellation de plexus vagino-vésical du nom de ses branches afférentes ; ses branches efférentes se réunissent en un tronc commun, la veine vaginale, parfois unique, souvent double qui, latérale, continue en haut, les labiales postérieures, en arrière les plexi vésicaux latéraux, uréthral et clitoridien, et se prolonge sur le col utérin, par le plexus utéro-vaginal. Ce nouveau plexus est formé : d'une part, par les quatre grosses veines collectrices symétriques et latérales du réseau péri-corporéal, anastomosées, entre elles en avant de l'utérus, par des canaux complets, circulaires, veines qui descendent flexueuses à travers le tissu cellulaire ligamentaire ; d'autre part, par les troncs collecteurs du plexus sous-jacent. Il est compris entre l'uretère et l'utérus, dans la gaine hypogastrique. De lui naissent, un peu au-dessus de l'orifice externe du col, les deux gros troncs veineux dits antérieur et postérieur, selon leur destination respective vis-à-vis de l'artère utérine et de l'uretère, qui se conjuguent définitivement en un canal unique postérieur tributaire de la veine iliaque interne. Ce cas est le plus général. Exceptionnellement, une

veine vésico-vaginale, collectrice du réseau antérieur du col et de la paroi supérieure vaginale gagne, en avant, la veine obturatrice. Quant aux veines de la partie supérieure du corps, elles se continuent avec les veines des ovaires et des trompes, montent à travers le ligament large, à travers le mésosalpinx, en deux troncs principaux, antérieur et postérieur, utéro-tubo-ovariens, qui se réunissent pour se jeter à canal unique dans la veine-cave inférieure à droite, dans la veine rénale à gauche. Un petit réseau issu du plexus supérieur utérin chemine à la surface du ligament rond, se concrète à sa face péritonéale, en une veinule qui se perd dans l'iliaque externe, ou dans l'épigastrique, quelquefois même dans la saphène interne, pont jeté entre deux systèmes vasculaires qui sert de voie veineuse indirecte et complémentaire, en particulier dans la grossesse.

§ V. — Lymphatiques.

Vessie, vagin, utérus, uretère, sont entourés d'un réseau à mailles serrées de lymphatiques qui leur est directement accolé. Ces réseaux communiquent largement entre eux, à travers le tissu cellulaire de remplissage et les vaisseaux blancs de cette nappe lymphatique se collectent en un plus ou moins grand nombre de troncs afférents qui gagnent les ganglions pariétaux.

De la face postérieure de la vessie partent vers son sommet deux troncs principaux, qui gagnent le col et l'interstice vésico-vaginal, où ils s'abouchent avec quelques vaisseaux vaginaux moyens. Ils vont de compagnie se jeter dans les ganglions iliaques externes, internes ou primitifs. Les troncs latéraux aboutissent, au contraire, à un petit ganglion assez constant, situé contre l'artère ombilicale, immédiatement au-dessous du péritoine. Du réseau péri-vaginal supérieur partent quelques fins et rares vaisseaux afférents, qui se dirigent à travers le ligament large, vers le groupe inférieur des ganglions hypogastriques : les plus nombreux constituent par leur réunion deux à trois troncs qui, réunis aux troncs afférents de la partie sus-vaginale du col, se perdent dans le groupe supérieur des ganglions iliaques internes. Un des troncs afférents du col traverserait un petit ganglion, que Sappey décrit et localise au

niveau du cul-de-sac vaginal latéral, à la base du ligament large. Mais ce n'est pas tout. Certains troncs peuvent gagner la paroi antérieure du pelvis, ils s'écoulent alors dans un petit ganglion situé au-dessus et à l'entrée du canal obturateur, que Guérin désigne sous le nom de ganglion obturateur ou juxtapubien. Enfin le réseau cervical communique à pleins canaux avec le réseau corporéal et, de plus, d'après Poirier, par un long collecteur anastomotique supplémentaire. Les lymphatiques du corps se groupent en faisceaux qui suivent différents trajets. Le plus volumineux va déboucher en suivant le bord supérieur du ligament large dans les ganglions iliaques primitifs ; un autre groupe gagne les ganglions iliaques internes, à travers l'épaisseur du ligament, rampant à l'intérieur de la gaine de l'artère utérine ; quelques-uns, enfin, très grêles, se dirigent en avant vers le canal inguinal, le long du ligament rond, et se perdent dans le groupe interne ou moyen des ganglions iliaques externes (Poirier-Delbet).

§ VI. — Nerfs.

Les nerfs qui se rendent, à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal, aux organes et aux parois du pelvis antérieur, dépendent, selon qu'ils innervent des fibres striées et des fibres lisses, du système spinal ou du système sympathique. Cependant, ces deux systèmes ne sont pas indépendants l'un de l'autre, comme on le pourrait concevoir : en certains points, les filets nerveux s'entremêlent en plexi si enchevêtrés, qu'il est impossible de reconnaître distinctement leur origine.

Selon cette origine, ils se comportent d'ailleurs différemment vis-à-vis du tissu cellulaire du petit bassin. Tandis que les nerfs sympathiques se mêlent, dès leur entrée, aux éléments conjonctifs, les médullaires, qui sont sous-aponévrotiques, s'entourent, dès qu'ils ont perforé l'aponévrose pelvienne, d'une gaine cellulaire longtemps intacte, dépendance de ce fascia qui finit par confondre ses éléments propres avec ceux du tissu de remplissage.

Immédiatement au-dessus des muscles du plancher, au-dessous de l'aponévrose pelvienne, rampent les nerfs destinés aux fibres striées. Ce sont quelques filets du nerf dorsal du clitoris

et un ramuscule du rameau périnéal du nerf honteux interne qui se perdent dans le transverse profond du périnée : deux à trois filets nés du plexus sacré qui, descendant en dedans de l'ischio-coccygien, en un tronc commun, se déploient et pénètrent les interstices fasciculaires du releveur de l'anus.

Le vagin profond est peu sensible, et particulièrement sa paroi antérieure. Sa richesse en terminaisons nerveuses n'égale donc pas celle de l'utérus et de la vessie. Les nerfs qui y aboutissent sont des dépendances du ganglion de Lee d'une part, d'autre part, des deux ganglions vésicaux latéraux : quelques filets venus du plexus hypogastrique atteignent directement la paroi antérieure sans traverser le ganglion postéro-latéral. A ces rameaux sympathiques se mêlent des filets spinaux issus du troisième et quatrième nerfs sacrés, et quelques-uns dérivés du nerf honteux interne, qui sont destinés au segment inférieur et remontent vers le segment moyen.

Les filets nerveux qui, nés du plexus hypogastrique, suivent la gaine des vaisseaux, arrivés sur la paroi du cul-de-sac latéro-postérieur du vagin, contre le col utérin, se mêlent à des rameaux nerveux issus des trois derniers nerfs sacrés, à quelques filaments émanés des nerfs vaginaux et vésicaux, pour constituer le ganglion plexiforme de Lee. De lui naissent : une branche antérieure qui, après avoir traversé le ganglion vésical externe, situé en dehors de l'uretère, immédiatement avant son entrée dans la vessie, s'épanouit en un filet récurrent destiné à l'utérus, et en filets directs destinés à la vessie, à l'uretère, au vagin ; un tronc rapidement dissocié en ramuscules qui gagnent le ganglion vésical externe et les fibres lisses du sommet de la vessie (Henle) ; plusieurs rameaux sous-jacents à l'artère utérine, destinés au ganglion vésical interne, plus petit, plus éloigné de la vessie que l'externe, et en dedans de l'uretère mais anastomose avec lui, dispensateur de filets également vésicaux, urétérits, vaginaux et utérins ; plusieurs troncules constitutifs d'un plexus ganglionnaire vaginal antéro-latéral ; enfin, des rameaux qui, enchevêtrés avec des filets émanés des ganglions vésicaux, se rendent à la portion sus-vaginale du col et au corps utérins : l'un d'entre eux, plus volumineux, accompagne les flexuosités de l'artère utérine et préside, avec l'un des nerfs de l'ovaire, à la formation du ganglion ovarique dont les rameaux efférents, innervent la face antérieure et le fond

de l'utérus, les fibres lisses du ligament large et du ligament rond, la portion utérine de la trompe. Les nerfs de la paroi antérieure de l'utérus traversent, avant leur entrée dans le parenchyme, de petits ganglions microscopiques. Les fibres striées qui recouvrent le segment antérieur iliaque du ligament rond sont innervées par le génito-crural, par l'intermédiaire du nerf spermatique externe. Quant à l'innervation de la vessie, elle est également tributaire des deux systèmes, des nerfs sacrés d'une part, des sympathiques, d'autre part, par l'entremise des deux ganglions vésicaux, les uns se perdant dans le corps et favorisant l'expulsion, les autres, dans le col et provoquant son occlusion.

§ VII. — Débris embryonnaires.

Corps de Rosenmüller ; épooaphore ; paroophore ; canal collecteur de l'épooaphore ; canal tubo-ovarien ; canal de Gartner.

Dans l'épaisseur du méso tubaire sont disposés entre les deux feuillets péritonéaux, résidus du corps de Wolff fœtal, des organes divers désignés sous le nom général d'organes parovariens.

Descendues dans l'excavation avec l'appareil tubo-ovarien, les deux portions du corps de Wolff se comportent différemment. La portion urinaire inférieure s'atrophie et se réduit à un organe essentiellement transitoire, le paroophoron. La portion sexuelle s'atrophie également ; elle n'est plus représentée que par des canalicules transversaux groupés en un corps spécial, l'épooaphore ou corps de Rosenmüller. Quant au segment persistant du canal de Wolff, il forme le canal collecteur de l'épooaphore, assez rectiligne, parfois segmenté, vertical quand les organes génitaux pelviens sont en situation normale. Ce canal se termine dans l'immense majorité par deux culs-de-sac externe et interne. Exceptionnellement, il n'en est plus ainsi. L'extrémité externe se continue par un canalicule très ténu qui s'abouche, soit dans l'extrémité de la trompe, soit sur la face apéritonéale de la frange tubo-ovarienne (Canal tubo-ovarien de Roth). L'extrémité externe, de son côté, se prolonge plus ou

moins loin vers l'utérus, l'atteint parfois au niveau de la corne et descend sur le bord externe de la matrice, accolé contre elle, **flexueux ou rectiligne**. (Canal de Gartner.)

En général, arrivé au niveau de l'isthme, il se dilate en ampoule, et se termine par une série de culs-de-sac d'où partent, à leur tour, des canaux secondaires ou tubes glandulaires qui s'enfoncent dans l'épaisseur du parenchyme utérin. Il pourrait même se prolonger entre la muqueuse et la musculuse du vagin, et s'ouvrir à un niveau variable dans la lumière du conduit génital.

Le corps de Rosenmüller occupe le segment externe du mésosalpinx : corps aplati en forme de trapèze régulier, dont la plus petite base répond au hile de l'ovaire, il est directement accolé contre le feuillet antérieur du ligament large et séparé du feuillet postérieur par les vaisseaux ovariens. La grande base répond au canal collecteur. Le corps même est formé par le groupement d'un nombre très inconstant de canalicules (8 à 20), rectilignés ou coudés à angle brusque, alignés côte à côte, comme les dents d'un peigne. Longs de 1 à 2 centimètres, leur diamètre moyen, chez l'adulte, est de 0,0005, mais il est très inégal, sujet à **s'augmenter ou à se rétrécir**.

Le paroophore subsiste très rarement à l'état adulte. Localisé au tiers interne du mésosalpinx, il se présente sous la forme d'un petit corps global pigmenté de jaune ou de brun, constitué de petits grains assemblés selon deux groupes. Le groupe externe est situé au point d'union du mésosalpinx et du mésovarium. Le groupe interne est appliqué contre l'utérus et peut être le point de départ de myômes hystériques utérins sous-sé-
reux.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I

EPANCHEMENTS SÉREUX

Les épanchements séreux abdominaux ressortissent à des causes très diverses. Qu'ils traduisent un état général défectueux (ascite d'origine hépatique, cardiaque ou rénale), leur abondance et les symptômes dont s'accompagne leur production mettent rapidement sur la voie du diagnostic ; le liquide se loge dans la partie la plus déclive de l'excavation, dans le Douglas, le remplit complètement et débordant les bords du vase, s'épanche dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mais que le cul-de-sac postérieur soit oblitéré pour une cause quelconque, l'antérieur seul perméable remplira l'office de vase supplémentaire. Les cas sont rares où l'oblitération est assez complète pour se refuser à l'infiltration d'un liquide aussi fluent que le liquide ascitique. Il en est de même pour la péritonite cancéreuse que l'origine néoplasique soit intra ou sous-péritonéale, que les noyaux cancéreux soient isolés ou multipliés à l'infini. Pour la péritonite tuberculeuse, il n'en est plus de même ; la grande tendance que crée la tuberculose séreuse au travail adhérentiel laisse à penser facilement qu'un pseudokyste puisse s'organiser et former une tumeur anté-utérine à contenu liquide. Le cas, à notre connaissance, n'a jamais été signalé, mais on le conçoit, et la clinique ne vient-elle pas journellement réaliser toutes les conceptions ?

Les seules collections séreuses d'ordre génital offrent un véritable intérêt pour nous (1). D'origine toujours inflammatoire,

(1) Thèse de Jocet. Collections séreuses pelviennes. Paris, 1897.

certaines d'entre elles s'entourent d'un cadre clinique qui constitue la maladie principale (Vautrin) rejetant au second plan la lésion primitive, tableau disparu sous les saillies d'un cadre bombé et opulent. Reclus, a priori, nie leur existence. Elles ne seraient qu'un stade intermédiaire entre l'infection péritonéale et la suppuration. Cependant, elles existent à l'état permanent, organisées. La meilleure preuve qu'elles puissent fournir, paradoxale, semble-t-il, de cette existence, est leur disparition sans suppuration et l'épaississement consécutif de la séreuse, témoin d'un processus irritatif ancien. Pelvi-péritonite séreuse et pelvi-péritonite suppurée reconnaissent même origine. Dans l'immense majorité des cas, elles ont la même localisation, dans le cul-de-sac de Douglas. Cependant il existe une observation de Vautrin, dans laquelle on note l'envahissement du cul-de-sac vésico-utérin, et une rétrodéviatio n utérine cause, et non effet, de l'épanchement (Observation I) (Bouilly) (1).

Est-ce là tout ? Un épanchement intra-péritonéal peut être le fait de la rupture accidentelle d'une tumeur liquide, anté-utérine (kyste de l'ovaire ou fibrokystome utérin). Mais, outre que l'épanchement n'est que momentané, destiné à être très rapidement éliminé par voies adventices (diarrhée, sueurs, salivation), le corps du délit persiste toujours en partie (Observation CXIV) permettant de poser un diagnostic ferme.

En dehors de ces cas, il n'est guère que la rupture traumatique ou par surdistension de la vessie, qui donne lieu à une collection péritonéale du cul-de sac pré utérin. Mais cet accident relève plutôt de la pathologie vésicale et les symptômes dont il s'accompagne rendent toute erreur de diagnostic impossible.

(1) Bouilly, *Scm. Gynéc.*, Des exsudats séreux juxta-utérins, 1^{er} mars, 1898.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE ANTÉRIEURE

Longtemps après que Nélaton eut décrit et glissé dans le cadre nosologique l'étiquette nouvelle d'hématocèle rétro-utérine, on attribua, suivant les idées du créateur, pour siège unique à l'épanchement sanguin intra-abdominal d'origine génitale le cul-de-sac de Douglas. Qui diagnostiquait hématocèle entendait désigner succinctement une collection hématiche rétro-utérine. Gallard (1) signale la possibilité de l'épanchement en avant ou sur les côtés de l'utérus, qu'il désigne sous le nom d'hématocèle péri-utérine. Emmet, dans son traité, publie le premier cas d'hématocèle antérieure. Puis les observations se multipliant, Schröder (2) consacre un chapitre à cette variété topographique nouvelle. Plusieurs facteurs interviennent dans sa formation. Ou bien elle n'est qu'une manifestation partielle de l'hématocèle classique : le sang ayant envahi tout le Douglas, affleure la limite supérieure de l'utérus et, comme les intestins délogés ont déprimé le cul-de-sac antérieur pour s'y créer un habitat nouveau, il cascade sur le fond utérin pour tomber entre l'utérus et la vessie. Il n'y a rien là qui nous intéresse. Ou bien, et les deux observations de Braün (3) appuient cette théorie, les annexes étant situées, par une circonstance excessivement rare, dans le cul-de-sac vésico-utérin et l'utérus en antéversion fixé à la paroi abdominale, l'épanchement se produit dans cette poche anormale. Ou bien enfin, l'hématocèle siège en avant parce que le cul-de-sac postérieur étant obstrué pour une cause quelcon-

(1) Gallard : Mémoire sur l'hématocèle, 1858.

(2) Schröder : Mal. des org. génit. de la femme, p. 492.

(3) Braun : *Wien. Med. Woch.*, 1872, n° 22, p. 545 et n° 23, p. 577.

que, l'antérieur le supplémente dans toutes ses attributions. Un cas personnel de l'auteur et une observation de Treckfel dans laquelle on voit une tumeur évoluer librement dans le cul-de-sac vésico-utérin, par suite de la réplétion du Douglas par une hématocele ancienne, rendent cette théorie souriante. D'après Barnes, l'épanchement antérieur ne serait pas rare, mais l'hématocele serait exceptionnelle, car le sang serait chassé immédiatement en arrière de l'utérus, par la poussée verticale de la vessie. Poncet, dans sa thèse inaugurale (1) admet la théorie désormais classique de l'oblitération préalable du cul-de-sac postérieur, par l'adhérence des deux feuillets péritonéaux, théorie reprise par Courty, qui ne voit dans l'hématocele antérieure qu'une hématocele secondaire. Surer (2), avec Bandl admet l'existence de la variété antérieure, mais il change son nom de baptême. Elle n'est plus qu'une pseudo-hématocele ; l'hématocele vraie est toujours rétro-utérine. La pseudo-hématocele n'est qu'un hématome du ligament large qui a décollé plus ou moins le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et s'est infiltré dans le tissu cellulaire vésico-utérin. Cette opinion trop exclusive a rencontré des défenseurs. Pozzi, tout en reconnaissant l'existence de l'hématocele antérieure intra-péritonéale, admet, par contre, que le plus grand nombre d'observations se rapporte à des hématomes sous-péritonéaux, le plus souvent d'origine tubaire ou ovarique (Boileux) (3). Bertrand, dans sa thèse très documentée (4), admet trois mécanismes :

1^o De même que les épanchements pleurétiques se localisent au début selon la position occupée par le malade, de même les épanchements péritonéaux obéissent aux lois de la pesanteur. Normalement, la femme étant debout, le sang fait irruption dans le Douglas ; mais que la trompe éclate, surprenant la femme dans une position telle que le cul de sac antérieur soit plus déclive que le postérieur, dans la position agenouillée par exemple, le sang s'épanchera en avant. Cette cause, en admettant qu'elle ait quelque importance, n'est qu'accessoire.

(1) Poncet : De l'hématocele péri-utérine, Paris, 1878.

(2) Surer ; Hématocele péri-utérine. Th. de Paris, 1890.

(3) Boileux : *Clinique française*, 1894.

(4) De l'hématocele antérieure. Thèse de Nancy (1894-95).

2° L'hématocèle antérieure n'existe que quand le cul-de-sac antérieur joue physiologiquement le rôle du postérieur. Dans le cas d'adhérences rétro-utérines, ce mécanisme est satisfaisant ; mais pour l'auteur, l'oblitération n'est pas nécessaire. Dans la rétroversion pure, sans adhérences, le suintement sanguin peut être refoulé du cul-de-sac postérieur vers l'antérieur, refoulement impossible quand l'utérus, étant en position normale, le cul-de-sac antérieur n'existe que virtuellement. C'est oublier l'existence de la vessie, ou du moins la supposer constamment vide.

Que le réservoir se remplisse, le sang, refoulé de bas en haut, n'aura d'autre ressource que de réintégrer son domicile originel, en arrière de l'utérus, ou de gagner le cul-de-sac abdomino-vésical provisoire. Cette explication n'a que le mérite d'être ingénieuse et ne satisfait même pas l'auteur qui cherche d'autres raisons. Peut-être faut-il incriminer les vaisseaux ? Bertrand, hypnotisé par cette pathogénie de l'hématocèle, la salpingorrhagie intra-péritonéale de Pozzi (1894), à laquelle il semble attribuer un grand rôle, a recherché sur quelle face du kyste tubaire les vaisseaux se développent de préférence. Les dissections ne lui ont donné que des résultats négatifs : sa conclusion est que les vaisseaux se répartissent également sur les deux faces.

3° La troisième cause qu'il invoque est que la trompe n'est pas toujours en arrière, et que la rupture ne se produit pas inévitablement à la partie postérieure. C'est là, je crois, la véritable cause de l'hématocèle antérieure vraie et la négation de l'opinion de Surer et de Delbet, que les hématocèles antérieures sont toujours des hématomes du ligament large.

En réalité, il y a des collections hématisées sous-péritonéales et des collections intra-péritonéales, hématome et hématocèle, celle-ci pouvant succéder à celui-là (Obs. II) (1).

L'hématocèle vraie, en dehors de la salpingorrhagie ou de la pachypéritonite hémorragique (Observation VI), est due à la rupture d'un hématosalpinx ou d'un kyste fœtal.

Si le cul-de-sac postérieur est oblitéré, soit par des adhérences, soit par une tumeur quelconque logée entre l'utérus et le

(1) Observation XX in thèse de Bertrand.

sacrum, le cul-de-sac antérieur supplée le postérieur, et la rupture tubaire venant à se produire, l'épanchement se fait en avant (Observation VIII).

Le cul-de-sac postérieur est libre : les annexes à leur place ; la grossesse tubaire poursuivant son évolution s'élève au-dessus du détroit supérieur : le cul-de-sac antérieur se creuse d'autant. Si la trompe se rompt en arrière, le sang inonde le Douglas, déborde le fond de l'utérus et glisse en avant de lui. L'hématocèle supra-utérine est constituée. Si la rupture est antérieure, c'est la voie inverse que suit le liquide.

Le cul-de-sac postérieur est vide et libre, mais le kyste fœtal s'est développé en avant de l'utérus, ou il a acquis cette situation nouvelle par un mécanisme que nous étudierons plus loin, en tordant son pédicule. Le cul-de-sac antérieur est largement creusé, l'utérus est rétrodévié. Le kyste éclate : le sang s'épanche sur place. C'est encore l'hématocèle antérieure (Observation IV et V).

Quand, au contraire, l'épanchement se produit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la progression du sang à travers ce tissu lâche se fait par le même mécanisme que la migration du pus dans les phlegmons. Jamais l'hématome sous-péritonéal ne sera franchement antérieur : occuperait-il exceptionnellement cette situation, qu'un toucher minutieux le rattacherait plus ou moins nettement à son origine ligamentaire (Obs. VII).

CHAPITRE III

COLLECTIONS PURULENTES

Pelvi-péritonite. Appendicite. Phlegmon de la gaine. Phlegmon du ligament large. Abcès anté-utérin.

Le terme « suppuration pelvienne » désigne, d'une façon générale, la présence du pus dans les organes et le tissu cellulaire de remplissage du petit bassin, sans rien spécifier ni de l'origine, ni de la localisation accidentelle du foyer purulent. Ou bien le pus se collectera artificiellement, soit sur place, soit à distance de sa localisation initiale par l'intermédiaire de fusées plus ou moins longues ou régulières, ou bien il reste et demeure contenu dans une cavité naturelle ou néoplasique primitivement aseptique, infectée secondairement. Dans le premier cas nous aurons affaire à une collection purulente, dans le second à une tumeur suppurée. Selon sa localisation, la collection purulente comporte plusieurs variétés cliniques ; intra-péritonéale, elle constitue la pelvi-péritonite enkystée ; sous-péritonéale, elle prend le nom de phlegmon ou d'abcès, si ses limites sont nettes et régulières.

La pelvi-péritonite antérieure diffère peu de la pelvi-péritonite postérieure. Elle débute par la congestion de la séreuse qui se dépolit, s'épaissit, sécrète des exsudats qui s'organisent sous la forme de fausses membranes, soudant entre eux les deux feuillets pariétaux de la vessie et de l'utérus, et les feuillets viscéraux des anses d'intestin grêle, contenues dans le cul-de-sac péritonéal ; des cavités se créent ainsi, qui se remplissent d'un liquide séreux, séro-purulent, puis nettement purulent ; ces cavités s'ouvrent les unes dans les autres et la collection se trouve constituée, qui acquerra parfois un volume considérable. La suppuration n'est pas inéluctable : le plus sou-

vent même, le travail inflammatoire se borne à la formation d'adhérences organisées entre la vessie et l'utérus, cause fréquente d'antéflexion utérine acquise : mais dès que le pus est collecté, il tend à se faire jour à l'extérieur par les voies les plus directes, vessie, paroi abdominale. En réalité, la pelvi-péritonite antérieure aussi typique est très rare et ne peut guère se produire que dans les cas d'apport microbien, par la voie génitale directe, veineuse ou lymphatique, dans l'excellent milieu de culture qu'est un foyer récent d'hématocèle antérieure. Dans la grande majorité des cas, la pelvi-péritonite antérieure n'est qu'une complication d'un pyosalpinx ou d'une ovarite suppurée et, à ce titre, n'existe pas comme entité morbide. La situation exceptionnelle de ces tumeurs suppurées en avant de l'utérus explique la rareté de la suppuration du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Mais ces collections péritonitiques ne ressortissent pas uniquement à l'appareil génital. Il ne faut pas oublier que nous avons au devant de l'organe gestateur un organe normal, la vessie, et parfois des anses intestinales, quand l'utérus est en rétroversion habituelle. Une infection partie de la muqueuse vésicale peut gagner toute l'épaisseur des parois et la séreuse elle-même, qui réagit alors pour son propre compte. Ces cas sont rares évidemment, mais très explicables ; le plus ordinairement il s'agit alors de phlegmons du tissu cellulaire périvésical. Toutes les lésions intestinales peuvent provoquer, par le même mécanisme, la pelvi-péritonite antérieure (Bazy), en particulier l'appendicite.

L'appendice n'a jamais été signalé en avant de l'utérus, directement ; cependant un foyer suppuré péri-appendiculaire peut, à titre exceptionnel, occuper cette situation. Généralement la collection reste haut située, abdominale (Budin), au-dessus de la fosse iliaque droite ; quelquefois le pus se collecte au voisinage de l'ombilic, en dedans de la fosse iliaque qui reste libre (Talamon) (1) ; si le cul-de-sac péritonéal est profond, le pus tendra, sous la poussée abdominale, à se glisser entre la paroi abdominale antérieure et l'utérus, en déprimant le cul-de-sac péritonéal. Le foyer saillant immédiatement au-dessus du pubis deviendra accessible au toucher vaginal profond.

(1) Talamon : Appendicite et pérityphlite.

Obs. α : in GERSTER : *New-York. Med. Journ.* 5 juillet 1890.

Miss Ev. H..., institutrice..., 23 ans.

Et. path. act. : Accès pérityphlitique d'une durée de 15 jours ; petite tumeur à droite de la ligne médiane sous le muscle droit ; fosse iliaque libre ; par le vagin, on trouve la tumeur adhérente à la paroi abdominale antérieure.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : masse mi-liquide, mi-solide, à parois formées par l'intestin, parmi lequel l'appendice est attaché fermement ; la tumeur n'est pas en rapport avec la fosse iliaque. Ponction à travers la paroi abdominale suturée.

En telle situation le foyer est directement accolé à la vessie ; par le même mécanisme que la pelvi-péritonite antérieure, il éveillera des symptômes vésicaux, dysurie, ténesme, jusqu'à ce qu'une perforation se produise, provocatrice d'une cystite intense avec pyurie, gazurie et phénomènes généraux graves. Que la descente du foyer soit plus accentuée encore, son ouverture pourra se faire par le vagin.

Obs. β : *Annales de Chirurgie*, 1841.

Femme de 24 ans, appendicite à foyer iliaque droit mais prolongé jusqu'à la ligne médiane, ouvert dans la vessie et dans le vagin.

Obs. γ : HALLÉ : *Annales des mal. des org. génit. urin.* 1892, page 916.

Femme de 24 ans. présentant au toucher vaginal une tuméfaction piriforme qui se prolonge en avant, du côté de la vessie : urines purulentes dues à l'issue du pus dans le réservoir par une petite fissure droite visible à l'endoscope.

Obs. δ : Roux : Thèse de Vladoff. Lyon, 1898.

Femme de 80 ans qui présenta à sa deuxième crise d'appendicite une cystite intense due à l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie.

Obs. ϵ : WEISS : *Rev. de Chir.*, 1898, p. 607.

Fillette de 13 ans atteinte d'appendicite à rechutes avec ténesme vésical ; empatement dans la fosse iliaque droite. A l'ouverture du ventre, on découvre une masse purulente rétro-vésicale.

Ces diverses observations nous montrent quels sont les signes physiques de l'appendicite à foyer anté-pelvien. La situa-

tion antérieure du foyer n'est jamais franche. Attendrait-il la ligne médiane qu'il ne la déborderait pas du côté opposé ; de plus, il est toujours rattaché à la fosse iliaque par sa partie la plus externe, et revêt plus ou moins la forme particulière d'une poire dont la queue serait dirigée vers la fosse iliaque correspondante (Azy) (1).

La collection impressionne la paroi abdominale qui apparaît blindée, plastronnée, parfois œdématisée, et donne à la main la sensation d'une lame caoutchoutée molle ; au-dessous d'elle la masse est fluctuante, dès qu'elle acquiert un certain volume et mate, entourée d'une zone très irrégulière submate sonore en certains points qui correspondent aux anses d'intestin grêle voisines conglomérées par l'inflammation péritonéale périphérique de la collection.

Quelque soit son origine, génitale, vésicale ou intestinale, la pelvi-péritonite présente le même ensemble symptomatique général.

Au tableau clinique adouci de la péritonite généralisée se joignent certains signes physiques. Le vagin est chaud, on y sent battre violemment les artères ; le cul-de-sac antérieur est déprimé par une tuméfaction pâteuse, arrondie, séparée par un sillon étroit de l'utérus, rejeté en arrière, entraînant les ligaments larges ; quelques jours après, le cul-de-sac a perdu son élasticité du début, et le doigt y perçoit de la fluctuation ; l'utérus est immobilisé en rétroversion. Installée, la suppuration se révèle par ses caractères ordinaires ; après une période de calme relatif, la fièvre se réveille, affectant le type rémittent, accompagnée de frissonnements, de sueurs nocturnes, d'insomnie et d'inappétence. La femme dépérit et semble fondre de jour en jour, tableau clinique nouveau, celui de la septicémie. C'est là l'évolution ordinaire. Cependant, ces symptômes manquent quelquefois, dans les cas de petits foyers enkystés. Ceux-ci disparaissent à la longue, par dégénérescence scléreuse, et laissent après eux de petites tumeurs très dures, parfois pierreuses qui en imposent au praticien ignorant du

(1) Voir aussi la thèse de Darmoy : Appendicite à forme pelvienne, Lyon, 1897 ; la thèse de Périnond : Abscess pelviens ouverts dans la vessie, Lyon 1897 ; la thèse de Ménard : Variétés anatomiques d'appendicite, Paris, 1901-02 ; la thèse de Chevalier : Append. pelvienne, Paris, 1900.

passé génital de sa malade pour de petits fibromes : phénomène analogue à la dégénérescence fibreuse des anciens foyers d'hématocèle. Les grosses collections, au contraire, s'ouvrent soit en dedans, dans le péritoine, soit en dehors, dans la vessie ou à la paroi abdominale.

Phlegmon juxta-utérin, cellulite pelvienne, paramétrite ne sont, en réalité, que la désignation d'une seule et unique lésion, la suppuration de tout le tissu cellulaire de remplissage du petit bassin. Comme ce tissu n'existe pas en arrière de l'utérus, il n'y aura pas de phlegmon rétro-utérin. Mais en avant et sur les côtés de la matrice, le tissu cellulaire est très abondant. Destiné à faciliter le jeu entre eux d'organes créés pour une vie particulièrement intensive, neutre par endroits, il s'est différencié en certains autres, où son rôle protecteur est plus nécessaire, autour des vaisseaux par exemple. Le phlegmon juxta-utérin de Gallard et Nonas a été débaptisé par Delbet, qui lui donne le nom plus précis de phlegmon de la gaine vasculaire, phlegmon de la gaine hypogastrique. Or, cette gaine accompagne les moindres rameaux vasculaires au milieu de l'atmosphère celluleuse pelvienne. L'infection, qu'elle suive la voie lymphatique ou la voie veineuse, cheminera donc à l'intérieur de cette gaine, se localisera ou se diffusera à son gré, plus ou moins loin des organes infectés, l'utérus dans l'immense majorité des cas.

C'est dire que le phlegmon à siège anté-utérin n'existe pas à titre de spécialisation ; l'inflammation s'est développée là comme en un lieu de prédilection ; pour cela elle a suivi les vaisseaux inférieurs et a gagné le septum cellulaire vésico-utérin, formant là une collection purulente assez nettement limitée, accessible par le cul-de-sac vaginal qu'elle abaisse, mais développée surtout en hauteur, où elle rencontre moins de résistance (Otto Spiegelbert), au point de devenir perceptible par le palper abdominal. Dans les cas types, toute la gaine est envahie et le toucher excessivement douloureux révèle : de la chaleur vaginale ; une consistance molle de la paroi vaginale antéro-latérale, immobilisée, épaissie (prolongement vaginal) ; un utérus déplacé en masse en latéro-position, peu mobile ; un cul-de-sac antérieur déprimé latéralement par une tuméfaction qui « se présente d'elle-même » (Delbet), immédiatement sous

le doigt, comme fondue avec l'utérus, dont elle n'est séparée par aucune ligne de démarcation, et qui se continue vers l'hypogastre, entre la vessie et l'utérus.

Dès le début, l'utérus est déplacé. La déviation a lieu en masse; mais selon sa hauteur, la tumeur agit sur le col ou sur le corps. Si la pression s'exerce sur le corps, le col est dirigé du côté de la collection purulente; si elle s'exerce, au contraire, sur le col, celui-ci est dévié du côté opposé, et le corps reste en place.

Des les premiers jours, la collection vient s'accoler au pubis. Le palper est le plus souvent négatif: d'ailleurs, il est si douloureux, qu'il est impraticable. Cependant, si le pus, suivant la gaine des vaisseaux iliaques externes, atteint la paroi abdominale, il donne lieu à l'aspect clinique du plastron que nous rencontrerons plus fréquemment dans le phlegmon du ligament large.

Le phlegmon du ligament large se développe entre les feuillets péritonéaux dans le tissu cellulaire peu épais, situé au-dessus du pédicule vasculaire, manchonné dans la gaine hypogastrique. Dès qu'il atteint un certain volume, il déplace les vaisseaux sous-jacents, en bas et en dehors, applique l'uretère contre la paroi pelvienne et le refoule du côté du vagin; il soulève le péritoine d'arrière en avant, depuis l'insertion utérine jusqu'à l'insertion pelvienne, le décolle même au niveau des bords utérins, sans cependant se glisser directement en avant de l'organe, de telle sorte que le péritoine, chassé par en bas, disparaît du bassin pelvien. Le pus forme alors une énorme collection, parfois uniloculaire, sous-péritoneale, qui occupe toute la fosse iliaque et se prolonge plus ou moins vers l'hypogastre, en contact direct, au niveau de l'arcade, avec la paroi abdominale. Le toucher vaginal sera moins riche en renseignements que dans le cas de phlegmon de la gaine: le vagin est souple, indolent, glisse facilement sur la tumeur sentie profondément, en déprimant les culs de sac qui sont normaux; la tuméfaction est latérale, étendue directement de l'utérus dévié en masse, immobile, à la paroi pelvienne contre laquelle elle est accolée. Cependant le cul-de-sac antérieur n'est pas toujours libre. Le pus peut continuer sa migration. Ou bien, en avant de l'utérus, il dissèque le péritoine en s'infiltrant dans la mince lame celluleuse qui le double sur l'utérus et gagne le ligament large, opposé, par un pont jeté sur la convexité utérine: là, plus à l'aise, il s'épanche dans tout le ligament

ou vient à la rencontre d'un phlegmon concomitant symétrique; ou bien, en suivant le ligament rond à travers tout le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent, il gagne au niveau du canal inguinal la paroi abdominale, s'épanche à travers tout le tissu sous-péritoneal de cette paroi, envahit la loge prévésicale pour atteindre quelquefois l'ombilic (phlegmon prévésical). Ce phlegmon prévésical est peu accessible par le vagin, il faut déprimer fortement le cul-de-sac antérieur, mais au palper, il se présente avec tous les caractères des tumeurs inflammatoires sous-péritonéales et pariétales, il adhère intimement au pubis, lui est directement accolé; la paroi est œdématisée, déformée, soulevée par une masse dure, à contours irréguliers, fondus, vagues, mate à son centre, sonore à sa périphérie, mais peu épaisse en profondeur, quand on parvient à isoler un de ses bords et à l'emprisonner entre les doigts, par dépression lente de l'abdomen. C'est le gâteau de Chomel, que l'on rencontre aussi dans le phlegmon de la gaine, mais avec une moins grande fréquence.

Si satisfaisante que paraisse cette distinction entre le phlegmon du ligament large et le phlegmon de la gaine hypogastrique, en clinique, il est rarement impossible de l'établir. L'un et l'autre, le plus souvent, se complètent, se combinent; le péritoine lui-même n'est plus respecté; il réagit à son tour. La pelvi-péritonite entre en jeu, et l'on ne trouve plus dans le petit bassin qu'une masse parfois considérable où les organes sont confondus, perdus au milieu de poches plus ou moins volumineuses, séreuses, séro-purulentes ou franchement purulentes, d'où le péritoine a complètement disparu. Sans se préoccuper de la variété, le seul diagnostic possible est alors celui de « suppuration pelvienne ».

Le pus collecté en foyer se fait jour à l'extérieur, soit directement, soit par l'entremise d'un organe creux. Les phlegmons de la gaine s'ouvrent le plus souvent dans le vagin avec lequel ils sont en contact immédiat, parfois dans l'utérus, très fréquemment dans la vessie; les phlegmons du ligament large s'ouvrent dans le rectum, dans la vessie, à la paroi abdominale, dans le péritoine, dans une portion voisine de l'intestin, quelquefois même dans plusieurs organes, donnant naissance à des variétés infinies de fistules simples ou multiples (1).

(1) Pascal: Des fistules vésico-abdominales. Thèse de Paris, 1900.

CHAPITRE IV

TUMEURS DE LA VESSIE

La vessie, organe anté-pelvien par excellence, présente dans la question qui nous occupe un intérêt considérable et, sans passer en revue toute sa pathologie, nous sommes tenus d'en parler assez longuement. Outre les néoplasies qui ont leur point d'implantation sur ses parois, non seulement elle sert de réservoir à des calculs qui peuvent être perceptibles au doigt vaginal, mais encore elle présente parfois un état particulier de ses parois propres, qui en imposent pour une tumeur. Nous entendons par là l'hypertrophie en masse des différentes couches constitutives des parois, due à une inflammation chronique ; la cystite blennorrhagique chronique avec péricystite augmente l'épaisseur des tuniques, en particulier de la celluleuse, au point que celles-ci perdent leur souplesse, sont plus ou moins rigides, ne se dépriment plus sous la poussée du doigt (1). Cet état particulier est dû, pour Albarran, à des formations néo-papillaires de la muqueuse et s'accompagne des douleurs tenaces de la cystite néoplasique, d'hématuries mêmes qui, pour Guyon (1884), suffisaient, en dehors même de toute exploration vésicale ou vaginale, à établir la base du diagnostic des tumeurs de la vessie.

Les calculs qui se logent dans la partie la plus déclive du réservoir urinaire, tombés là par l'effet de la pesanteur, sont, dès que volumineux, perceptibles par le toucher vaginal, le long de la paroi antérieure ; cependant, il n'est pas inadmissible qu'ils occupent le cul-de-sac antérieur vaginal, si l'on suppose qu'ils sont emprisonnés dans un diverticule sus-vaginal

(1) 2 observations in Pousson : Diagnostic des tumeurs de la vessie. Thèse de Paris, 1884.

de la vessie, ou simplement enchâtonnés dans l'interstice de colonnes de la paroi postérieure. Une variété infiniment rare de calcul vésical offre un intérêt tout particulier. Mankiewicz, en 1893 (1), publiait les cas d'une femme de 47 ans opérée d'un fibrome pédiculé de l'utérus, qui présenta, au bout de quelques mois, des accidents vésicaux attribués à la présence d'un calcul ; le diagnostic fut confirmé par l'expulsion spontanée d'une pierre grosse comme une amande ; après quelques mois de répit, les symptômes reparurent, et on extirpa un nouveau calcul. Tous deux s'étaient développés par apport successif de couches concentriques de phosphate acide de chaux, autour d'un noyau constitué par des fils de soie longs de 7 centimètres, qui provenaient des sutures du pédicule. Ce cas, quelle que soit son étrangeté, n'est pas isolé dans la bibliographie médicale. Mandock, Nitze, V. Dittel, Landau, ont publié chacun une observation ; mon maître, le Dr Sebillieu, a rencontré dans sa clientèle de ville une malade dans le même cas. Mankiewicz fournit du fait trois explications également plausibles. Ou bien les fils aseptiques ont étranglé une portion du muscle vésical accolé au pédicule ; la lame pariétale s'est sphacélée ; les fils rompus par la suite sont tombés l'un après l'autre dans la cavité vésicale ; la perforation de la vessie n'a pas amené de réaction péritonéale, en raison d'un travail adhérentiel latent ; ou bien, septiques, un abcès s'est formé autour d'eux qui s'est ouvert dans la vessie, le pus a passé dans les urines, les fils ont élu domicile dans le réservoir ; ou bien, septiques encore, ils ont été le point de départ d'une inflammation vésicale, ce qui nous ramène, en réalité, à la première hypothèse. Quel que soit le mécanisme invoqué, il est certain que le travail préparatoire a intéressé l'espace vésico-utérin, qu'il s'agisse de pelvi-péritonite adhésive, de pelvi-péritonite suppurée enkystée ou d'abcès du tissu cellulaire anté-pelvien.

De toutes les tumeurs de la vessie groupées par Thompson en une classification un peu factice, en tumeurs bénignes et tumeurs malignes, les fibromes et les cancers attireront notre attention, car seuls ils sont accessibles au toucher. Ces tumeurs évoluent plus ou moins rapidement, selon leur constitu-

(1) Mankiewicz: *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 48.

tion microscopique : en général, dès le début, elles occasionnent des troubles très nets de la miction. L'hématurie domine la scène; elle en est parfois le premier symptôme, soudaine dans son apparition comme dans son arrêt, plus fréquente la nuit ou le matin au réveil : le repos est sans influence sur sa production : elle survient sans raison, à intervalles plus ou moins éloignés : elle est surtout terminale en ce sens, que seules les dernières gouttes sont franchement sanglantes (épreuve des 3 verres), et abondante, au contraire de l'hématurie de la cystite tuberculeuse. Dans l'intervalle des mictions, les urines sont claires⁶⁶; ce n'est que plus tard à l'occasion d'un cathétérisme ou d'une intervention intra-vésicale malheureuse, que la pyurie apparaît. La douleur est très inconstante dans son époque d'apparition et dans son intensité⁶⁷; la tumeur est déjà volumineuse, surtout si elle s'implante sur le sommet ou sur la face postérieure, quand la malade commence à s'en plaindre; lancinante, elle indiquerait une propagation de la néoplasie aux organes voisins; excruciante, térébrante, elle soulignerait une localisation juxta-urétrale. Les troubles fonctionnels vrais de la miction sont variables : la pollakiurie est plus rare que dans la cystite tuberculeuse, la muqueuse, en effet, est saine, et la capacité vésicale est peu diminuée, quand, ce qui est le cas le plus fréquent, elle n'est pas augmentée : la rétention se produit par oblitération de l'urètre par un caillot ou un débris détaché du néoplasme : l'incontinence, par béance du sphincter urétral, si la tumeur siège au voisinage du col : l'anurie partielle par oblitération de l'ouverture de l'uretère.

La tumeur modifie considérablement les dispositions des organes pelviens et leurs rapports respectifs. Les déformations de la vessie varient à l'infini. Dans l'observation XLIX, la vessie, aplatie contre la tumeur, la contournaît dans près des deux tiers de sa surface, la portion inférieure s'étendait du pubis à l'utérus couché dans la concavité sacrée : la partie supérieure remontait jusqu'au dessus de l'ombilic, formant un matelas liquide de glissement entre l'énorme masse néoplasique et la paroi abdominale : les deux portions s'ouvraient à l'extérieur, au niveau d'une large ulcération abdominale sus-pubienne. Le péritoine soulevé par la tumeur coiffait cette formation nouvelle, comme il coiffait le sommet de la vessie dis-

tendue ; un cul-de-sac nouveau se forme, péritonéal, entre la tumeur et la paroi abdominale (Observation XLVIII) ; le cul-de-sac vésico-utérin peut être respecté, conserver sa profondeur normale, si l'utérus est en antéversion (Observ. XLVIII) ou disparaître, si la tumeur se développe dans l'excavation, dans le septum utéro-vésical (Observation XLIX). L'utérus est, en général, dévié en arrière, plus ou moins latéralement selon la situation de la tumeur, par rapport à l'axe du bassin (1) ; le col est haut situé, parfois difficile à atteindre par le toucher ; le corps remonte dans le bassin supérieur, mais tous deux sont mobiles sur la tumeur plus ou moins fixe et parfois si appliquée contre la symphyse pubienne, que le doigt vaginal et les doigts abdominaux arrivent à pénétrer facilement entre l'utérus et le néoplasme, en circonscrivant la tumeur.

Les tumeurs vésicales ont une prédilection très marquée pour la paroi postérieure, mais rarement elles atteignent un volume aussi impressionnant que nous l'avons donné à supposer jusqu'à présent. De toutes les observations classées par Albarran dans les tableaux synoptiques qui terminent son traité et qui portent sur toutes les tumeurs en général, trois seulement rentrent dans le cadre de notre étude. Les deux premières ont rapport à des sarcomes, la troisième à un fibro-myôme.

Observation de WILLIAMS : *The Lancet*, 1882. Vol. II, p. 310.

Femme de 50 ans ; présente depuis 2 ans de la douleur dans le bas-ventre, de l'incontinence, des hématuries, de la gravelle. Elle meurt d'une péritonite généralisée consécutive à la taille hypogastrique. Sarcome rondo-cellulaire en chou-fleur développé aux dépens de la paroi postérieure et accessible par le cul-de-sac antérieur.

Observation de DITTRICH : *Prager Med. Woch*, 1889, n° 48.

Sarcome à cellules rondo-cellulaires qui avait infiltré toutes les couches de la vessie, à l'embouchure des uretères et envahi les organes voisins : col utérin, vagin, gros intestin.

A ces observations on peut joindre les deux suivantes :

Observation de SENTFLEBEN, in *Ark. f. Klin. Chir.* B. I. Helft. I, 1860.

Sarcome développé aux dépens de la face postérieure de la ves-

(1) Obs. de Valleix: *Mél. d'obstétrique*, p. 27.

sie ; mort par péritonite généralisée consécutive à la rupture spon-
tanée de l'organe.

Observation de BRAXTON-HICKS. (*The Lancet*, mai 1868.)

Femme de 60 ans ; douleurs très vives dans la vessie ; hématuries ; tumeur reconnue par le toucher vaginal ; écraseur ; cessation des hémorrhagies et des autres symptômes ; 6 mois après, vessie douloureuse, urines sanglante : récidive.

Nos observations XLVII, XLVIII, XLIX, se rapportent à des fibro-myômes de la vessie. C'est la tumeur vésicale la plus fréquente chez la femme (un tiers des cas : Albarran). Leur accroissement est lent, mais ils atteignent quelquefois des dimensions considérables. Leur grande analogie d'évolution avec les fibromes utérins, leur forme arrondie ou lobulée, leur consistance ferme et uniforme, leur mobilité, rendent le diagnostic parfois fort épineux, en particulier quand ils s'implantent sur la face utérine, péritonéale, de la vessie. Intra-cavitaires, ils s'accompagnent de tous les signes fonctionnels communs aux autres néoplasmes, à cela près que les hématuries sont plus abondantes, provoquées par le même mécanisme que les métrorrhagies des fibromes utérins sous-muqueux.

Les tumeurs de la vessie, de l'instant qu'elles sont perceptibles par le toucher, s'accompagnent d'un ensemble de signes physiques et fonctionnels qui éclairent rapidement le diagnostic. Les moyens d'investigation dont nous disposons sont plus nombreux et plus exacts que pour tout autre organe pelvien. Seul même, le toucher vaginal nous renseignera sur l'origine vésicale de la néoplasie et sur son indépendance vis-à-vis de l'utérus, mobile pour son propre compte sur la tumeur incriminée, plus ou moins mobilisable elle-même. Cette indépendance, ce déplacement facile et en sens inverse d'une masse anormale, sur un organe normal, est pour ainsi dire, pathognomonique d'une tumeur vésicale ; ce signe ne s'observe pas, même dans les tumeurs du ligament rond ; d'autre part, à moins d'être pédiculé, un néoplasme s'entoure d'une zone plus ou moins large d'infiltration pariétale, accessible le plus souvent, par la paroi vaginale antérieure, dans la région qui correspond à l'insertion de la vessie, pâteuse ou cartonnée, difficilement déprimable. L'examen digital sera pratiqué, l'or-

gane vide et l'organe plein (Pousson). Les autres procédés de recherche corroboreront les renseignements fournis par le toucher primitif ; le palper abdominal, à moins de volume déjà considérable de la tumeur, sera négatif ; car la tumeur, le plus souvent développée dans l'excavation, échappe à la main exploratrice ; tout au plus montrera-t-il l'intégrité des fosses iliaques ; mais le palper combiné, pratiqué avec douceur, permettra de délimiter la tumeur, de la circonvenir au besoin, de fixer son point d'implantation, par la comparaison des zones pariétales mobiles et de la zone fixe. Le cathétérisme, le toucher vésical, la cryoscopie, procédés de recherche graduellement plus précis, seront pratiqués tour à tour. Mais il ne faut pas perdre de vue que le diagnostic de la variété du néoplasme est parfois impossible en dehors de l'examen histologique d'un fragment récent expulsé spontanément, ou arraché par le cathéter ou tout autre instrument. L'hypertrophie des parois est rarement limitée à une région assez étroite pour en imposer pour une tumeur maligne : cependant, la confusion est possible avec un épithélioma en nappe, surtout quand la cystite hypertrophique provoque des symptômes fonctionnels graves, douleurs violentes et hématuries ; mais ici, les phénomènes inflammatoires sont constants, puisqu'ils en sont la cause provocatrice, au lieu qu'ils sont tardifs dans les tumeurs (Hache) (1) : les urines sont troubles dans l'intervalle des mictions, purulentes, et il existe, en général, un passé vésical chargé (blennorrhagie).

Les calculs vésicaux, même enchatonnés, seront facilement reconnus au cathétérisme et à l'examen cryoscopique, à supposer que les symptômes fonctionnels qu'ils provoquent aient été faussement interprétés. Nous avons vu que la tumeur la plus fréquente de la vesie était, chez la femme, le fibro myôme. Il se développe entre 40 et 60 ans, évolue avec lenteur, mais récidive très rapidement (Albarran-Hartmann) (Observ. XLIX) ; l'hématurie, exceptionnelle dans la forme extra-pariétale, est le signe capital dans la forme cavitaire. Quelquefois, très mobile (Volkman) il est plus facilement pédiculé ; il présente : à l'œil l'aspect lisse, brillant, nacré, réticulé de petits vaisseaux

(1) Hache. Et. sur les cystites. Thèse de Paris, 1880.

ténus, gorgés de sang, des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus ; la muqueuse amincie et transparente est saine ; au doigt, la consistance ferme, dure, parfois calcaire de ces mêmes tumeurs. La coexistence de petits myômes utérins pourrait mettre sur la voie du diagnostic, si elle n'était pas le plus souvent une cause d'erreur (Observ. XLVII). Il en est des fibromes de la vessie comme des fibromes du ligament rond. William T. Belfied (1) cite une observation dans laquelle un myôme pur de la vessie coïncidait avec un myôme sous-péritonéal gros comme une fève, implanté sur la face antérieure de l'utérus.

L'épithélioma, plus rare chez la femme, est rarement pédiculé ; sa base d'implantation est très large, comparativement à l'épaisseur de la masse néoplasique ; les parois vésicales voisines sont rapidement infiltrées ; les ganglions pelviens sont plus souvent atteints de dégénérescence cancéreuse ; les organes voisins sont rapidement touchés ; enfin, la cystite est plus précoce que dans toutes les autres variétés. À l'œil, il se présente, creusé d'épais sillons, découpé en lobes multiples, ulcéré, saignant.

Le sarcome est une tumeur de la période de vie génitale de la femme ; on le trouve même chez les enfants. Sa durée d'évolution est très courte ; les hématuries sont plus rares et manquent parfois ; la récurrence est très rapide. Il rappelle, par sa forme, les polypes du nez (Albarran) (2).

(1) William T. Belfied : *Wien. Med. Woch.*, 1881, n° 12, p. 325.

(2) Tumeurs de la vessie, 1891, Paris.

CHAPITRE V

TUMEURS DE LA PORTION INTRA-ABDOMINALE DU LIGAMENT ROND

Les tumeurs de la portion abdominale du ligament rond autres que les fibro-myômes sont des curiosités pathologiques. Duplay signale un hématome (1). Mme Oulesko a présenté à la Société de Gynécologie de St-Petersbourg, un kyste du ligament rond, formé aux dépens des vestiges du corps de Wolff tapissé d'épithélium à cils vibratils, qu'elle trouva chez une femme de 53 ans, opérée pour un fibrome de l'utérus et un kyste de l'ovaire. Nés par hypergenèse des éléments constitutifs du ligament, les fibro-myômes sont eux-mêmes très rares. Les cas se comptent dans la science. Actuellement, neuf ont été publiés. Outre nos observations (Observations L, LI, LII), il faut noter celles de :

Obs. α DUNDAN.

Fibrome du volume d'un œuf de poule à noyau crétaqué.

Obs. β WURCKEL.

Leiomyômes intrapéritonéaux, gros comme une fève, bilatéraux chez une femme de 76 ans.

Obs. γ et δ : 2 cas cités dans la *Gynécologie*, 1903, n° 1.

Fibro-myômes du ligament coexistant avec un utérus polyfibromateux.

Obs. ε CLAISSE : *Bullet. Soc. Anatom.*, 1900, p. 21.

Fibrome sphéroïdal gros comme une amande, implanté sur le ligament rond gauche, à 12 millimètres de la corne utérine, sur le bord péritonéal, découvert chez une femme de 31 ans, atteinte de polyfibromatose utérine.

(1) Duplay. *Arch. gén. de Méd.* Mars 1882. Il en existe d'autres observations dans la littérature allemande. Voir : *Central f. Gynaek.*, 1896, n° 45; *ibidem*, 1887, n° 21; Weber : *Monatssch. f. Geburtsch. u. Gyn.*, mai 1899; Fischer, *ibid.*, 1897.

(2) Mme Oulesko Stroganowa : *Bull. Soc. Gyn. St-Petersb.*, 1898.

Obs. ζ MICHAUX : *Bull. Soc. Chirurg.*, fév. 1901.

Double fibrome du ligament rond droit. Le 1^{er} gros comme une noisette, sans importance ; le 2^e volumineux occupe la cavité abdominale au-dessous de l'ombilic ; il avait provoqué tout autour de lui un travail inflammatoire péritonéal, tel que la séreuse épaissie lui adhèrait intimement, s'opposant à toute tentative de mobilisation, malgré la présence d'un pédicule gros comme le pouce, tordu 2 fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Trompe et ovaire droits sains et libres d'adhérences ; par contre, fibrome utérin du volume d'une orange.

Le fibrome du ligament rond représente donc la tumeur type du cul-de-sac antérieur vésico-utérin ; développé sur le bord libre du ligament, pédiculé, il remplit l'espace vésico-utérin, se drape dans la séreuse comme dans un manteau, et forme ainsi une tumeur libre, indépendante de la vessie et de l'utérus, qu'il déplace sans les léser. Jusqu'à présent, ces néoformations n'ont constitué que des trouvailles d'autopsie ou de laparotomie ; pas une seule fois le diagnostic n'a été porté, ni même soupçonné, sans doute à cause de leur rareté qui fait qu'on n'y pense pas. Delbet a tenté de grouper certains symptômes qui permettraient de conduire à la diagnose. Pour cet auteur, il y a deux grands signes révélateurs : la situation antéro-latérale de la tumeur ; son indépendance vis-à-vis de l'utérus. Evidemment, le myôme évoluant sur son point d'attache occupe le pelvis antérieur, en avant des ligaments larges. Mais ce n'est pas à la position latérale que Delbet attache une grande importance, c'est à la situation anté-utérine. Sans doute, avoue-t-il, on rencontre quelquefois dans le cul-de-sac antérieur des salpingites, parfois même des kystes qui auront beaucoup de chances alors d'être dermoïdes, au besoin des kystes parovariens, mais a priori « la situation en avant de l'utérus » devra toujours conduire à penser que la tumeur n'a pas l'ovaire pour origine », à fortiori, qu'il s'agit d'une tumeur du ligament rond. L'étude que nous avons entreprise ne tend rien moins qu'à démontrer l'inexactitude de cette proposition. Le second caractère a plus de valeur, bien qu'il souffre des exceptions (Observation de Michaux) : le myôme du ligament est indépendant de l'utérus et son déplacement n'entraîne pas l'or-

gane gestateur. Outre qu'un fibrome utérin sous-péritonéal à long pédicule n'entraîne pas nécessairement l'organe où il a pris naissance dans les tentatives de déplacement, il n'est pas prouvé qu'un fibrome sessile, ligamentaire, déplacé expérimentalement, ne mobilise pas l'utérus, la portion intra-utéro-néoplasique jouant alors le rôle d'un pédicule court. D'ailleurs, en dehors de ces considérations un peu délicates, le ligament rond ne préside-t-il pas à la mobilisation utérine ?

Il n'y a donc pas de signe pathognomonique qui permette de dépister un fibrome du ligament rond ; tout au plus pourrait-on reconnaître cette qualité au signe noté et observé par le seul Kleinwechter, la sensation subjective de tiraillement au niveau du canal inguinal, dans les tentatives de déplacement de la tumeur incriminée ?

Quoi qu'il en soit, le myôme du ligament rond reste longtemps latent ; dès qu'il atteint un volume appréciable, il se révèle comme une tumeur lisse, arrondie, unie ou très légèrement lobulée, latérale, mobile parfois transversalement, mais très peu, dans le sens antéro-postérieur, plus rarement fixée (Observation L et ζ). Il s'accompagne de signes fonctionnels variables : on a noté des troubles dans la marche, de la difficulté et de la douleur dans les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin (Delbet. Observ. LII), de l'irrégularité des règles et des hémorrhagies ; de l'exagération des douleurs aux époques menstruelles (Observation L). L'utérus est rejeté en arrière et du côté opposé à la tumeur ; les troubles vésicaux ne sont pas signalés : il est logique, cependant, de supposer les mêmes déformations de la vessie et les mêmes troubles de la miction que dans les fibromes utérins qui ont avec eux une analogie complète sans en être pour cela une dépendance, comme l'ont cru à tort certains observateurs, se basant sans doute sur la coexistence, dans les cas notés par eux, de myômes utérins et de myômes du ligament. (Observation γ δ ε ζ.) Le même fait se rencontre dans les myômes de la vessie, et indique simplement, semble-t-il, une tendance à l'hypergénèse de tout le tissu musculaire, lisse, qui entre dans la constitution des organes du petit bassin (Observation LIII).

CHAPITRE VI

ANTÉVERSION ET ANTÉFLEXION UTÉRINE.

Depuis les recherches de Schultze, il est admis que l'utérus occupe, dans la cavité pelvienne, une situation parallèle à l'axe du détroit supérieur. L'antéversion devrait donc disparaître du cadre nosologique ; cependant, il n'en est rien, car, à côté de l'antéversion physiologique vraie, il y a l'antéversion pathologique fixe, invariable, qui signale son existence par des symptômes parfois alarmants, dus surtout à une infection utérine concomitante. Cependant, jamais ces phénomènes n'acquièrent l'intensité de ceux qui accompagnent l'antéflexion.

D'un grand nombre d'autopsies ressort clairement, que l'utérus, chez le fœtus, est antéfléchi. Que, chez une jeune fille, au lieu d'évoluer vers ce qu'ils seront à l'état adulte, les organes génitaux internes deviennent stationnaires ou se développent lentement, cette déviation primitive persistera, constituant l'antéflexion congénitale. Devenue femme, au sens populaire du mot, mariée, inquiète d'une stérilité qui se prolonge, mise sur le compte d'une dysménorrhée qui persiste sans amendement, depuis la puberté, la jeune femme consulte. On reconnaît, à l'examen un col petit, dur, lapiroïde, à orifice punctiforme, parallèle à l'axe du bassin, à lèvre antérieure courte, mince, effilée ; un cul de sac vaginal antérieur très peu profond (Saenger) ou nul ; tous signes d'infantilisme génital. Que cette femme, qui n'est pas vouée infailliblement à la stérilité, soit enceinte, les premiers mois de sa grossesse inespérée seront difficiles, et nous serons priés encore d'intervenir. C'est donc la négation de cette opinion trop exclusive, partagée par Goupil, Bernutz, Lacroix, qui refusent à l'antéflexion congénitale droit de cité dans les traités de gynécologie. Si, enfin, une

femme, mère d'un ou plusieurs enfants, à passé génital chargé, par un mécanisme quelconque, fixe son utérus en antéflexion, cette direction acquise donne naissance à un ensemble de symptômes morbides qui lui créent sinon une individualité propre, du moins lui méritent une large place dans la pathologie génitale Valleix, Velpeau, Cusco. Le Dentu (1), Lévy).

Pour expliquer le mécanisme de la déviation, on a fait intervenir, bons ou mauvais, un nombre respectable de facteurs. La métrite, la périmétrite, la grossesse, la pelvi-péritonite adhésive postérieure, qui fixerait le col en arrière, laissant le corps libre de basculer en avant, la présence au niveau du pli de flexion d'une petite veine circulaire, cause d'affaiblissement de la consistance utérine chez la multipare, ont été tour à tour invoqués. Martin incrimine le défaut d'involution de la paroi postérieure après l'accouchement ; Schultze, la paramétrite postérieure, provoquant la rétraction des ligaments utéro-sacrés, qui élèveraient le col et abaisseraient le corps ; Péan (4), la pression du col contre la paroi postérieure du vagin.

Sans essayer de démêler les causes de l'antéflexion, étudions-en les effets. Les organes pelviens antérieurs sont modifiés dans leurs rapports respectifs. Le péritoine intimement uni à la face antérieure de l'utérus ne peut se décoller, le cul-de-sac antérieur ne disparaît donc pas, mais il se trouve tellement rétréci, pincé contre la vessie et l'utérus, qu'il devient cavité virtuelle. La vessie est déformée, aplatie, comprimée d'autant plus que la flexion est plus accentuée, ou que l'organe gestateur est plus volumineux, du fait, soit de la menstruation, soit d'une phlegmasie chronique (Schroeder). Les troubles fonctionnels de la vessie varient selon qu'on a affaire à une antéflexion aiguë, ou à une antéflexion chronique. Dans la forme aiguë de Martin, ce seront des mictions douloureuses, de la strangurie, du ténesme, car l'utérus normal ou hypertrophié

(1) Le Dentu : De l'antéflexion utérine, *Indépendance Médicale*, 20 mai 1896.

(2) Martin : *Traité cliniq. des mal. des femmes*. Trad. fr., 1889, p. 93.

(3) Schultze : *Traité des déviations utérines*. Trad. Hergott, 1884.

(4) Péan : *Diagnostic des tum. abdominales*. Art. Antéflexion, t. IV.

agit sur le col : dans la forme chronique congénitale, on observera des troubles plus bénins, légère dysurie, pollakiurie, car l'utérus est petit. Hartmann a rencontré chez une malade des crises de cystalgie, que la patiente reproduisait à volonté, en déplaçant son pessaire. Albarran, enfin, a observé de l'incontinence dans les circonstances suivantes. Il s'agissait d'une jeune femme qui perdait ses urines involontairement pendant le jour ; la nuit, ses fonctions vésicales étaient normales. Le cul-de-sac vaginal antérieur, comblé par le corps utérin en antéflexion exagérée, n'existait pas : l'urethre et la vessie paraissaient sains. Quand, la malade étendue sur son lit, on introduisait du liquide dans la vessie, on n'observait pas l'écoulement qui se reproduisait involontairement dès la première tentative de station debout. A l'endoscope, la muqueuse apparaissait saine, mais à 1 centimètre en arrière du muscle interuretral, les parois étaient soulevées par un bourrelet légèrement saillant ; plus loin, on remarquait un enfoncement, un bas-fond au lieu de la surface plane normale. La déviation utérine, cause de cette déformation, provoquait l'incontinence. La malade étant couchée, les deux organes pelviens reprenaient leur situation normale vis-à-vis l'un de l'autre, mais quand la patiente se levait, l'utérus adhérent à la vessie, et basculant en avant, attirait fortement à lui la paroi postérieure et maintenait béant le sphincter urétral. L'opération amena la guérison définitive. Cette solidarité entre la vessie et l'utérus s'accroît davantage encore si la cloison cellulaire qui les sépare est amincie (Delbet). Ainsi s'expliqueraient, par les poussées congestives des parois vésicales au moment des règles, les infections d'origine utérine, de ces mêmes parois (Vergely) (1).

Quand on pratique l'examen gynécologique d'une femme atteinte d'antéflexion utérine, on trouve immédiatement sous le doigt, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, une masse arrondie, rénitente, indolente relativement mobile, qui se soulève légèrement de bas en haut, et revient ensuite à sa position primitive : un peu douloureuse et immobile si des adhérences

(1) Thèse de Vergely : Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral. Paris (1899). Thèse de Forestier : Antéflexion congénitale, Paris (1902).

fixent indestructiblement la déviation à la paroi antérieure de l'excavation. La position gènu-pectorale rend la tumeur plus nette encore, qui disparaît dans la position de Treudelenbourg. Si la main abdominale du palper combiné immobilise le fond de l'utérus, le doigt vaginal profondément enfoncé dans le cul-de-sac postérieur, ne donne que des résultats négatifs ; par contre, explorateur du cul-de-sac vésico-cervical, il renseigne sur la hauteur de la flexion, son degré et sa forme (Cusco, Lévy) (1). Dans l'antéflexion du corps, le niveau de courbure siège, en général, à 2 à 4 centimètres au-dessus de l'orifice externe : le corps est couché horizontalement, de telle sorte que sa face antérieure, devenue inférieure, tombe dans le cul-de-sac vaginal, faisant avec le col un angle plus petit que l'angle droit dans lequel le doigt peut encore, quoique difficilement, pénétrer. Dans la flexion cervico-corporelle, l'angle est très aigu, et n'admet plus l'extrémité digitale (duplicature de Cusco).

L'hystérométrie sera d'un grand secours dans les cas douteux, par les renseignements qu'elle fournit sur la longueur, le calibre et l'irrégularité du canal cervical. Elle permettra d'éviter l'erreur de diagnostic rapportée par Péan, et attribuée à Levret qui, même après un cathétérisme vésical, pratiqua la taille hypogastrique, chez une fausse pierreuse atteinte, en réalité d'antéflexion.

Cependant, si l'utérus est un peu gros, si les règles sont supprimées, ce moyen de recherche, réclamera une grande prudence. De préférence on l'abandonnera, car une grossesse est à craindre qui, normalement, dans les quatre premiers mois, fléchit l'utérus gravide en avant et l'accôle à la paroi abdominale.

(1) Cusco: De l'antéflexion et de la rétroflexion utérine. Thèse d'Agrégat., Paris, 1853, et Lévy: De l'antéflexion utérine. Thèse de Paris, 1896-97.

CHAPITRE VII

Fibro-myômes et kysto-fibromes de la face antérieure de l'utérus.

Les fibro-myômes naissent de préférence de la paroi postérieure utérine ; cependant, les fibromes antérieurs ne sont pas rares, et la littérature gynécologique en fournit un très grand nombre d'observations. Il semblerait à première vue que seule cette variété soit de quelque intérêt pour nous. Selon son point d'implantation sur le col ou sur le corps, le fibrome sous- ou intra-péritonéal modifiera profondément le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Développé aux dépens des éléments musculaires lisses du col, sessile, il évoluera tout entier entre la vessie et l'utérus, soulèvera le péritoine, comblera complètement le cul de sac, qui se réduira à une fente linéaire au niveau du tiers supérieur du corps utérin, où la séreuse est inséparable du parenchyme. Né du corps ou du fond de l'utérus, sur la ligne médiane, il se coiffe du péritoine, déforme le cul-de-sac en bât d'âne ; sur les côtés, il creuse d'autant plus le cul-de sac latéral, qu'il s'élève davantage. Pédiculé, il se transforme en une masse intra péritoneale, tumeur type du cul-de-sac antérieur qui atteindra son maximum de perfection dans le cas de fibrome aberrant, c'est-à-dire détaché de son point d'implantation primitif, pour aller prendre source de vie à la paroi antérieure par exemple, par l'entremise de vaisseaux de nouvelle formation, nés au niveau des adhérences (1).

Mais des fibromes d'origine utérine peuvent, malgré un point d'implantation autre, se loger en avant de la matrice. Un

(1) Cassaboïs: Thèse de Lyon. Des fibromes aberrants de la cavité abdominale (1899).

fibrome juxta-utérin vrai par hypergénèse des fibres lisses du ligament large reste, en général, latéral par rapport à l'organe gestateur : cependant, quelquefois, né au voisinage du bord externe de cet organe, le néoplasme évolue en avant du col, dans le cul-de-sac antéro-latéral du vagin, se confondant avec un fibrome cervical. Enfin, des fibro-myômes implantés sur la face utérine postérieure, au voisinage du fond, fait en apparence paradoxal, peuvent se loger dans le pelvis antérieur. La condition primordiale pour que cette migration s'accomplisse, est que la masse anormale soit pédiculée et libre. Elle culbute alors sur la crête utérine, suivant les lois générales qui président au déplacement antérieur de toutes les tumeurs pédiculées, sans que, obligatoirement cependant, le pédicule soit tordu sur lui-même.

Fibrome pur, à surface lisse, légèrement lobulée, de consistance uniforme, ligneuse, mobile ou non, ou fibrome cystique, irrégulier, très lobulé, de consistance variable, tantôt très dure, tantôt très molle, fluctuant, n'évoluent pas sans remanier profondément les rapports et les connexions des organes pelviens. Outre qu'ils jouent dans l'excavation le rôle d'organes surajoutés, ils sont en plus des corps inertes, sans vitalité propre, ils ne peuvent s'adapter au milieu dans lequel ils se sont développés. Ce sont, au contraire, les organes qui s'accommodent de leur mieux à la vie nouvelle qui leur est faite par la proximité de ce redoutable voisin. L'utérus se déplace : dans les fibromes du corps, il se rétrofléchit : son fond s'accole au rectum qu'il repousse et aplatit ensuite (constipation) ; si le néoplasme s'accroît encore, il se rétroverse, le col est rejeté contre la concavité sacrée, si haut parfois que le doigt à peine à le sentir dans le vagin. Dans les fibromes de l'isthme utérin la portion intra-vaginale du col disparaît complètement comme absorbée par le néoplasme qui bombe dans le vagin et comble le cul-de-sac vaginal ; le corps, au contraire, s'élève dans le petit bassin et se niche sous le promontoire.

De toutes les néoplasies du petit bassin, ce sont les fibro-myômes qui provoquent les pires déformations vésicales (1).

(1) Voir Pluyette. Myôme utérin et myxôme péri-vésical : *Marseille Médical*, 15 août 1892.

Libre d'adhérences, la vessie remonte dans le bassin, et se couche sur la tumeur. Quand le réservoir est plein, la zone de matité vésicale remonte beaucoup plus haut que la normale : la percussion indique l'interposition entre le fibrome et la paroi d'un coussin hydraulique qui, pour un examinateur non prévenu, peut en imposer pour une collection liquide. Adhérente, au contraire, au néoplasme, la vessie s'adapte à l'espace laissé libre, elle s'étale sous la face inférieure de la tumeur, sous une épaisseur parfois si mince, qu'elle a été ponctionnée dans des tentatives d'électro-puncture (Duplay et Reclus).

En tous cas, le processus néoplasique comporte presque toujours des symptômes vésicaux : mictions difficiles, répétées, douloureuses même, qui laissent croire à une lésion vésicale. Enfin, phénomène excessivement rare, un petit fibrome de consistance pierreuse peut, par compression, amener du sphacèle de la paroi postérieure de la vessie, la perforer, faire irruption dans la lumière de l'organe, corps étranger bizarre, et s'éliminer ensuite peu à peu. Demarquay cite un cas plus complexe encore, dans lequel la paroi antérieure avait été perforée à son tour, par le noyau fibreux qui s'était mis en rapport immédiat avec la symphyse pubienne.

CHAPITRE VIII

KYSTES HYDATIQUES

Les kystes hydatiques du petit bassin ont une localisation presque constante dans le cul-de-sac rétro-utérin à tel point que pour Delbet, un kyste pré-utérin n'est jamais un kyste hydatique.

Contrairement à l'opinion de Freund qui nie l'origine intra-abdominale de ces kystes et en fait toujours à priori des tumeurs sous-péritonéales, il en existe des variétés intra-péritonéales, développées aux dépens de l'ovaire et de l'épiploon. Dans toutes les statistiques de kystes hydatiques du petit bassin nous n'avons pu recueillir que cinq observations de tumeurs du pelvis antérieur. Porak, dans son étude sur les hydatiques, cause de dystocie pelvienne où il passe en revue toutes les publications antérieures à l'année 1894, signale deux cas. Le premier est emprunté à un mémoire de Puistienne (1) ; il s'agit d'un kyste développé dans le septum vésico-utérin : l'autre a été publié par Kuchenmeister (2) ; il a rapport à des kystes multiples qui remplissent toute la cavité péritonéale : l'un d'eux, juxta-utérin, solidement fixé à l'organe gestateur au-dessus de l'orifice interne du col, avait tellement aminci la paroi antérieure qu'il faisait saillie dans la cavité utérine. Au moment de l'accouchement, cette saillie mit obstacle à la sortie du fœtus, on intervint à main armée. Au moment de l'expulsion, le parenchyme se déchira brusquement au niveau de la tumeur et la parturiente mourut. Clado (3), en 1888, présenta

(1) Mémoire de Puistienne sur les kystes hydatiques (1867).

(2) Kuchenmeister : *Birch. Hirschfeld Lehrb. u. Pat. Anat.* Leipzig, 1877, p. 1156.

(3) Clado : *Bull. Soc. Anat.*, 9 avril, 1888.

à la Société anatomique une collection de kystes multiples de la cavité abdominale chez une femme de 35 ans : deux occupaient l'espace sous-péritonéal recto vaginal ; un troisième sous-péritonéal également siégeait dans le tissu cellulaire interutéro-vésical. C'est la répétition du cas de Kuchenmeister. Nos observations LXVIII, LXIX, LXVII concernent respectivement un kyste rétro-vésical, un kyste pédiculé du ligament large, un kyste de l'ovaire gauche.

Enfin Second a présenté au Congrès de Chirurgie de 1891, un kyste séreux de la face postérieure de la vessie qui avait donné lieu à une erreur d'interprétation et qui semble se rapporter à un kyste hydatique inhabité (Obs. LXX). L'opinion de Delbet est donc controuvée qui n'était basée que sur un trop petit nombre d'observations, les kystes hydatiques étant encore peu fréquents. Constitué dans le septum vésico-utérin, coin enfoncé entre deux organes, le kyste agit sur chacun d'eux séparément et les déplace. Du côté de la vessie il provoque des symptômes fonctionnels sérieux, rétention, douleurs à la miction (Obs. LXVII). Du côté de l'utérus, ou bien indépendant de lui, il le dévie vers le sacrum, ou bien, déveillé loppé à sa surface ou dans le parenchyme utérin, il provoque une atrophie considérable et assez rapide du tissu musculaire lisse de la paroi qui peut s'amincir au point de se rompre. Ce phénomène, signalé par Kuchenmeister, mis en valeur par Benoît, est rejeté par Porak (1). A vrai dire, la rupture ne se produit que parce que le néoplasme, comme toute autre tumeur utérine, crée dans l'organe un « locus minoris resistentiae » qui cédera au moment de l'accouchement.

Les kystes hydatiques anté-pelviens sont sous-péritonéaux ou intra-péritonéaux. Les premiers naissent du tissu cellulaire sous-péritonéal, de l'os iliaque (v. pl. loin), de la vessie, du ligament large, de l'utérus. Benoît (2) distingue des kystes utérins proprement dits et des kystes juxta-utérins : tous deux font corps avec l'organe, suivent les mouvements qu'on lui imprime, augmentent la profondeur de la cavité utérine à l'égal des fibromes. Les kystes de l'ovaire et de la trompe

(1) Porak: *Dystoc. pelv. kyst. hyd. Sem. Gyn.*, 1894. T. II.

(2) Benoît: *Kystes hydatiques de la région pelvienne*. Thèse de Paris, 1897.

très douloureux, provoquent des troubles rapides de la menstruation. Les crises douloureuses correspondent au travail périkystique péritonéal très précoce dans cette variété : et les adhérences qui en sont la conséquence expliquent l'exceptionnelle rareté des kystes de l'ovaire en avant de la matrice. En dehors de ces origines rares, le kyste hydatique évolue lentement, souvent d'une façon insidieuse sous la forme d'une tumeur dure, arrondie, rarement mobile, de consistance uniforme, élastique, dans laquelle un palper très habile révèle parfois(!) un frémissement spécial, dit frémissement hydatique (Davaine, Guéniot, Tillaux). Aux périodes menstruelles, la tumeur s'accroît parfois brusquement, éveille des crises douloureuses qui se calment dans l'intervalle des règles. Au bout d'une période plus longue, le kyste se rompt et déverse son contenu exceptionnellement dans l'utérus, parfois dans le vagin, le plus souvent dans la vessie, et donne lieu à des pertes brutales et inattendues, à une polyurie accidentelle considérable. Que le kyste soit suppuré ou non, on retrouve par l'examen, dans les liquides rejetés, des débris de membranes, des vésicules ou des crochets qui révèlent ou confirment l'existence d'un kyste hydatique latent ou reconnu.

CHAPITRE IX

KYSTES DERMOÏDES

Les kystes dermoïdes sont loin d'être rares comme pendant longtemps on l'a donné à croire. Les observations se multiplient à mesure que la chirurgie abdominale devient plus intrépide. Cependant leur fréquence demeure encore relative. De tous les kystes à point de départ ovarique, le dermoïde est celui qu'on rencontre de préférence dans le cul-de-sac antérieur, non pas tant parce qu'il y culbute accidentellement en tordant son pédicule, mais parce qu'il s'y développe primitivement. Cette localisation particulière avait frappé les Allemands. Kuster, ayant rencontré un kyste dermoïde du volume d'une pomme en avant de l'utérus, avait émis l'opinion que tout kyste rencontré en telle situation, mobile sur la matrice, mais réintégrant sa position primitive sous les moindres tentatives de déplacement, était nécessairement un dermoïde. Plusieurs observations postérieures n'avaient fait que confirmer cette affirmation peut-être un peu prématurée.

Ahlfeld, à son tour, dans un mémoire sur le « Mécanisme des mouvements ordinaires et extraordinaires des kystes de l'ovaire en voie de développement », en donne trois nouveaux exemples : les tumeurs ont respectivement le volume d'une orange, d'une tête d'enfant et d'une tête d'adulte. Ce qu'il appelle le « Kuster'sche Zeichen », le signe de Kuster, a pour lui la valeur d'un signe pathognomonique. La seconde proposition de Kuster reste pour lui lettre morte. Il n'accorde d'importance qu'à la situation anté-utérine. Freund (1) considère cette situation, anormale pour un kyste comme exception-

(1) Freund : De la position des kystes dermoïdes de l'ovaire par rapport à l'utérus. *Cent. Blatt. f. Gynaec.*, 4 juin 1892.

nelle, même pour un kyste dermoïde. Il met, pour l'expliquer, trois hypothèses en présence.

1° Ou bien le kyste de l'ovaire, très petit, sorti du petit bassin pendant l'évolution d'une grossesse, ne réintègre plus pendant l'involution utérine son ancienne situation. Il demeure accroché par des adhérences inflammatoires périphériques très fréquentes chez la femme pendant les suites immédiates de couches, en un point quelconque de l'abdomen qui peut être de temps en temps, très rarement cependant, en avant de l'utérus. A l'appui de cette théorie que Freund considère comme la plus importante, l'auteur apporte une observation personnelle très discutable puisqu'elle envisage une autre hypothèse (1). Un cas emprunté à Greenhalgh (2) nous semble plus probant. Il concerne un kyste dermoïde suppuré. La malade, âgée de 28 ans, avait eu deux enfants ; le premier accouchement avait été normal ; le second, au contraire, avait nécessité une intervention spéciale. La tête fœtale n'avait pu s'engager, butée contre une tumeur logée dans la concavité sacrée. Une ponction pratiquée immédiatement avait évacué un liquide épais, concret, très riche en matière caséeuse. Les suites immédiates de couches ne s'étaient accompagnées d'aucun phénomène remarquable ; mais au bout de quelques temps, des troubles vésicaux apparurent suivis de pyurie et de pilimiction ; une fistule s'ouvrit à l'ombilic qui rejeta de l'urine, du liquide coloré injecté dans la vessie, du pus issu d'une masse solide supra-pubienne. A l'autopsie, on découvrit un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire droit criblé d'orifices ouverts à la paroi abdominale, dans la vessie, le péritoine et l'intestin. Primitivement localisé dans le Douglas, sorti du petit bassin pendant la grossesse, au moment de l'involution utérine, il avait basculé par-dessus l'éperon de l'utérus, avait

(1) Voici, très écourtée, cette observation : « Femme X..., phthisique. Accouchée depuis 3 semaines ; ascite ; utérus médian antéversé ; ovaires très haut dans le petit bassin, au-dessus des ligaments larges, attirés en avant mais, cependant, toujours sur les côtés et un peu en arrière de l'utérus ; ovaire gauche normal ; ovaire droit kystique gros comme le poing, adhérent au-dessus de l'excavation ». Que — ajoute l'auteur — « le travail inflammatoire l'eût fixé un peu plus en avant, le cas de Kuster était réédité. »

(2) Greenhalgh. *The Lancet*, 1870.

contracté avec les organes du cul-de-sac antérieur des adhérences nouvelles qui l'avaient fixé définitivement entre la vessie et la matrice.

2° Ou bien la situation antérieure est congénitale. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable. Les autopsies pratiquées sur des cadavres d'enfant nouveau-né ont révélé de nombreuses variétés d'anomalies topographiques de l'ovaire.

Pourquoi n'admettrait-on pas que les ovaires kystiques congénitaux, souvent accompagnés d'autres anomalies, également congénitales (bassin infantile, cypho-scoliose, antéflexion, hermaphroditisme : témoins variés de l'infantilisme) puissent, dès la naissance, présenter une implantation particulière et exceptionnelle, par une irrégularité dans leur mouvement de descente analogue à celle que l'on rencontre chez l'homme dans l'ectopie testiculaire, par exemple.

3° Ou bien les ovaires normaux occupent une situation déterminée dans le cul-de-sac de Douglas : accidentellement ils sont déplacés par des adhérences inflammatoires et dégénèrent ensuite en tumeur. Cette dernière hypothèse, plausible dans les cas de kystes mucoïdes anté-utérins, perd toute valeur devant l'opinion admise couramment aujourd'hui de l'origine congénitale des kystes dermoïdes. Quant à ce caractère spécial aux tumeurs dermoïdes de revenir à la situation première dans les tentatives de déplacement, elle reste très discutable. Kystes simples et ovaires prolapsés, jouissent de cette même propriété qui tient non pas à la nature du néoplasme, mais à la longueur de son pédicule, à sa mobilité. Il semblerait même qu'il doive se rencontrer plus rarement dans la variété qui nous occupe que dans le kyste mucoïde car celui-là développe autour de lui un travail adhérentiel plus précoce que celui-ci, qui a tôt fait de l'immobiliser à jamais.

Ces adhérences ne sont cependant pas constantes puisqu'on observe des kystes dermoïdes venus secondairement dans le cul de sac antérieur, par un mouvement de bascule autour de l'utérus témoigné à l'ouverture du ventre par la torsion de leur pédicule. Le mécanisme est le même que pour toutes les autres tumeurs pédiculées que nous étudierons plus loin.

Le kyste dermoïde peut rester dans sa situation et évoluer inaperçu de la malade, sans trouble marqué de l'état général

et de l'appareil génital ; d'autres fois des douleurs surviennent généralement plus vives que dans les autres variétés kystiques, à irradiations variées, accompagnées quelquefois de troubles de la miction par compression, tous signes qui ne sont pas le propre du kyste dermoïde en particulier. L'utérus est peu influencé, il est en rétroversion, les règles ne sont pas modifiées. On note parfois de la leucorrhée.

Le kyste évolue très lentement, le plus souvent il suppure. Delbet (1) attribue cette fréquence de la suppuration à la présence dans le contenu de la tumeur de tissus lymphoïdes communiquant largement avec le tissu cellulo-pelvien ; l'infection se fait de l'utérus au néoplasme, soit du fait d'une métrite préexistante, soit du fait d'une infection muqueuse puerpérale.

La suppuration une fois installée, la malade peut mourir de septicémie ; dans la grande majorité des cas, la tumeur tend vers l'ouverture spontanée. C'est la vessie qui se perforera le plus facilement, en raison de la minceur de ses parois. Et de fait Delbet note 14 fois cette complication sur 40 kystes dermoïdes suppurés, preuve nouvelle de la localisation préférée de cette variété. Dès l'irruption du pus dans le réservoir urinaire, des symptômes vésicaux se déclarent : la malade urine du pus en plus ou moins grande quantité selon la contenance de la tumeur, le niveau de la perforation. Il est rare que dès le début la fistule soit assez large pour permettre une évacuation unique et brusque. Le pus s'écoule d'abord par une légère fissure qui ne s'élargit que par la suite au point parfois de laisser passer le doigt (2) ; de plus, la fistule est souvent sinueuse et accidentée (3), de calibre très irrégulier. Une cystite purulente se déclare accompagnée de tout son cortège symptomatique. Jusque-là rien de particulier. Toute collection ou tumeur suppurée ouverte dans la vessie procède de la même façon. Mais ce n'est pas tout. Au bout de quelques jours la malade découvre à la surface de son urinal de larges plaques arrondies de matière grasse analogues aux yeux du

(1) Suppurations pelviennes. Paris, 1896.

(2) Observation de Humphrey. *The Lancet*, 30 juillet 1864.

(3) Observation de Ruge: *Verhand der Ges. für Geb.*, 1846. p. 172 (Berlin).

bouillon : c'est la matière sébacée kystique qui s'élimine ; des poils solitaires ou agglutinés au point parfois de provoquer des crises de rétention (1) : c'est la pilimiction, signe pathognomonique de la rupture vésicale d'un kyste dermoïde.

D'autres fois la cystite s'installe en permanence, passe à l'état chronique et l'on assiste intrigué à des symptômes divers qui font poser en définitive le diagnostic de calcul vésical (1). Et, en effet, il y a calcul. On l'extrait, on le sectionne ou on le broye et l'on découvre alors un noyau qui se présente sous des aspects ou selon une constitution variable. C'est tantôt une dent, tantôt plusieurs, tantôt un fragment osseux, tantôt une touffe de cheveux courts, blonds, conglutinés. La cystite s'amende, l'état reste bon pendant plusieurs années jusqu'à ce que les symptômes fonctionnels se reproduisent, nécessitant une nouvelle intervention, l'extraction d'un second calcul (2).

Mais la vessie n'est pas la seule voie d'évacuation du pus. Il s'élimine parfois par la paroi abdominale ou l'intestin. Ces cas sont plus rares. Le kyste alors considérable (l'exception) sort du petit bassin. Dans le cas de kyste à cheval sur l'utérus, il peut s'ouvrir simultanément dans la vessie, dans le rectum, dans le péritoine (3), à la paroi ombilicale, donnant lieu pour chaque organe à une foule de signes particuliers à chacune de ces perforations.

On a observé un phénomène exceptionnel qui a trait uniquement aux kystes de très petite dimension.

Le néoplasme s'éliminerait tout entier par la vessie. Sailant peu à peu dans le réservoir, repoussant la paroi vers la lumière, il se pédiculiserait par un mécanisme analogue à celui des fibromes sous-muqueux de l'utérus. Le cas de Gluge n'est pas unique ; il faut y joindre l'observation de Blick et Winge, publiée dans le même journal (4). Le kyste avait perforé

(1) Observation de Civiale : *Bull. de l'Ac. de Méd. de Paris*, T. XXV, p. 795 ; obs. de Fuller : *Path. Transact.* Vol. XXI, p. 273.

Observation de Blackmann : *Am. J. of Méd. Sc.*, janv. 1889, p. 49 ; obs. de Marschall : *Arch. gén. de Méd.*, 1828, p. 283 ; obs. de Humphrey : *loc. cit.*

(3) Observation de Greenhalgh : *The Lancet*, 1870.

(4) Glüge in *Schmidt's Jahrbuch*. Bd. 149, p. 171 ; Blick et Winge in *eodem*, 1871. Bd. 151, p. 294.

la paroi vésicale postérieure et s'était évacué dans la vessie ; vidé sous l'influence de la pression abdominale, il avait fait hernie à travers l'orifice artificiel, et s'était retourné en doigt de gant à l'intérieur de l'organe, de façon à constituer une tumeur polypeuse d'aspect bizarre, recouverte de poils, provocatrice d'atroces douleurs.

CHAPITRE X

TUMEURS A PÉDICULE TORDU : UTÉRINES (FIBROMES, FIBRO-SARCOMES, KYSTO-FIBROMES DE LA PAROI POSTÉRIEURE) ; TUBAIRES HYDROSALPINX, PYOSALPINX, GROSSESSE TUBAIRE, TUMEURS DE LA TROMPE) ; TUBO-OVARIENNES (KYSTE TUBO-OVARIEN) ; OVARIENNES (KYSTE DERMOÏDE OU MUÇOÏDE).

En dehors des tumeurs ovariques et salpingiennes qui possèdent un pédicule normal, qui est l'extrémité utérine de la trompe, les tumeurs génitales ont une grande tendance à se pédiculer. Placées toutes dans les mêmes conditions de mobilité et de statique, elles ont une égale facilité à se déplacer et de leur position primitive dans le Douglas à migrer dans le cul-de-sac antérieur. Aussi réunirons-nous dans un article d'ensemble les tumeurs utérines (fibromes, fibro-sarcomes, kysto-fibromes) à insertion postérieure, les tumeurs ovariques (kystes mucoïdes et dermoïdes), les tumeurs mixtes (kystes tubo-ovariens), les tumeurs salpingiennes (hydro, pyo, hématosalpinx, grossesse tubaire, néoplasmes, tumeurs du ligament large pédiculées à insertion postérieure. La torsion pédiculaire reste le témoin irrécusable et définitif de cette migration. Depuis la publication par Rokitansky (1865) de la première observation de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, des travaux innombrables ont vu le jour sur le mécanisme de ce phénomène. Torsion du pédicule est devenue synonyme de déplacement néoplasique. Cependant il faudrait s'entendre, la torsion n'est que secondaire, elle est la résultante des mouvements extraordinaires imprimés à la tumeur et la nature, la constitution du pédicule lui-même n'a rien à voir avec le déplacement de la masse qui lui est appendue. Gros ou fluet, long ou court, celluleux, vasculaire ou même utérin, il se tord sur lui-même selon un plus ou moins grand

nombre de tours de spires, parce qu'il doit s'adapter à la localisation nouvelle de la tumeur. N'a-t-on pas cité des cas de fibromes sessiles sous-péritonéaux qui tordaient sur son axe vertical l'utérus jouant l'office de pédicule ?

Il est avéré, et nos observations en font foi une fois de plus, que toutes les tumeurs libres à siège ordinaire postérieur n'éli-sent droit de côté dans le cul-de sac vésico-utérin qu'ultérieu-rement à leur naissance dans le Douglas, puisque toutes ou presque toutes sont rattachées à leur origine par un pédicule tordu. Le mécanisme en est assez complexe à en juger par le grand nombre d'hypothèses mises en avant. Rokitansky attribue les mouvement de la tumeur aux alternatives de réplétion et de déplétion de l'intestin et de la vessie, aux déplacements brusques du corps, au palper hypogastrique. Lawson Tait insiste à son tour sur le rôle du rectum et en particulier de l'S iliaque. Vercontre incrimine l'accroissement inégal de la tumeur, son inégalité d'épaisseur ou de densité de paroi. Il est certain que dans un kyste multilobulaire, la réplétion et la vauité des poches, que dans un kyste dermoïde, une pierre osseuse (Niot) déplacent le centre de gravité et favorisent la rotation de la masse unique qui s'accommode aux lois de pesanteur. Kuster se rallie à l'opinion de L. Tait, mais ce n'est plus l'S iliaque, ce sont les intestins qui interviennent. Heureux, Quénu repoussent au contraire cette théorie ; ce n'est qu'exceptionnellement que le rectum ou les intestins provoquent la rotation, quand d'autres considérations entrent en jeu, l'irrégularité de forme et de poids de la tumeur, le mode de pédiculisation. Piccini (1), plus éclectique, acccommode toutes les hypothèses précédentes. Le développement unilatéral du néoplasme favorise la rotation sur son axe transversal en le rendant plus susceptible aux influences des organes voisins qui sont négatives dans le cas de développement symétrique. L'hypertrophie utérine pathologique ou gravidique, une tumeur ou une collection juxtaposée ont même action que les organes normaux (Thornton, Delaunay, Barnes, Sp. Wells, L. Tait). Potherat ramène toute tumeur pelvienne à un sphéroïde. Soumise à deux pressions s'exerçant en deux points

(1) Piccini: *Annali di Obstet.* Milano, fév. 1892.

diamétralement opposés, l'une antéro-inférieure, résultante de toutes les pressions pariétales, l'autre postéro-supérieure résultante des pressions combinées diaphragmatique et intestinale, la masse néoplasique est forcée d'exécuter un mouvement de rotation (Cario (1). Enfin on a mis en cause des influences diverses qui n'ont qu'une valeur secondaire, les changements d'attitude du corps, les professions, les grossesses successives.

A la vérité, voici, nous semble-t-il, comment les choses se passent. De petit volume, fibromes, kystes, hydrosalpinx, grossesses tubaires évoluent en leur situation normale maintenus dans le cul-de-sac postérieur par la saillie du promontoire. Au fur et à mesure de leur développement la tumeur déborde du petit bassin, franchit le promontoire et sort de l'excavation si aucune adhérence ne le maintient en arrière de l'utérus.

En cette situation nouvelle, la tumeur se tiendra au-dessus du détroit supérieur en équilibre instable, susceptible d'être ébranlée par le moindre changement intervenu dans la statique abdominale. Si le centre de gravité est déplacé en arrière, la tumeur retombera en arrière de l'utérus en sa position primitive ; s'il se déplace en avant, elle culbutera toute entière dans le cul-de-sac antérieur avec d'autant plus de facilité que le plan du détroit supérieur est très obliquement dirigé en bas et en avant, faisant avec le plan sagittal du bassin un angle aigu de 60° ouvert en avant (Cathelin). C'est alors seulement qu'interviennent toutes les causes accessoires précédemment énoncées : pression de l'utérus rétroversé ; poussées répétées des anses intestinales interposées à la néoplasie et à la paroi postérieure (Kuster) (2) ; pression rectale à gauche, de l'S iliaque à droite ; oblitération du cul-de-sac postérieur par une cause quelconque antérieure (Baudoin) ; développement unilatéral antérieur ; maximum de densité antérieur. Le caractère poli des surfaces sereuses en contact ne fait qu'accroître le mouvement de bascule que le moindre frottement pourrait retarder et même arrêter jusqu'à ce que le développement en hauteur de la tumeur donne un élan nou-

(1) Cario : *Annal. de Gynéc.*, 1893, p. 461.

(2) Kustner : *Central. für Gynaek.*, 1891, p. 229.

veau au mouvement rotatoire (Cathelin). La grossesse n'intervient qu'à titre de cause prédisposante par la facilité plus grande qu'elle donne à la masse appendue à l'utérus gravide de sortir de l'excavation. Cette conception paraît mal s'accorder avec la présence dans le cul-de-sac antérieur d'un pyosalpinx à pédicule tordu (Obs. CIII, CIV). En réalité cette exception confirme la règle, car le pyosalpinx anté-utérin, avec torsion, n'est jamais primitif. Il succède à un hydrosalpinx libre d'adhérences et basculé (Rabier) (1).

(1) Rabier: Thèse de Paris. Torsion des salpingites, 1903; Mail-lard: Thèse de Paris. Torsion des salpingites, 1897-98; Gosset et Rey-mond: *Ann. de Gynécol.*, 1899, p. 20.

CHAPITRE XI

TUMEURS SESSILES OU A PÉDICULE SANS TORSION.

Les tumeurs génitales d'origine tubo-ovarique sont très rares en situation pelvienne antérieure en dehors des tumeurs à pédicule tordu.

A part le cas exceptionnel où celles-ci ont rompu leur pédicule (Obs. CXIV) on peut invoquer trois mécanismes pour expliquer cette localisation dans la région utéro-vésicale.

Ou bien elles naissent accidentellement d'organes venus par une circonstance fortuite en cette région : ou bien elles se développent aux dépens d'organes dont cette région est le véritable habitat : ou bien enfin il s'agit de tumeurs formées aux dépens d'organes normaux en situation primitive anormale ou d'organes accessoires ou surnuméraires qui se logent soit dans le cul-de-sac antérieur, soit sous le feuillet antérieur du ligament large.

Au premier groupe appartiennent les salpingites, les kystes suppurés ou non de l'ovaire, les salpingo-ovarites kystiques suppurées. Pendant la durée du travail d'involution utérine, si la femme a été infectée par des mains malpropres, une péri-salpingite se déclare qui ne tarde pas à fixer la trompe par des adhérences indestructibles à la paroi abdominale. Quand l'utérus est complètement revenu sur lui-même, la suppuration qui a mis quelque temps à s'établir distend, par l'apport continu de pus nouveau, l'oviducte. Le pyosalpinx est constitué. Le voisinage de ce foyer purulent provoque des phénomènes de péri-cystite très aigus, des troubles urinaires variables, quelquefois même de la paralysie vésicale (Observation de Lucas Championnière : *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1888, p. 145). La poche salpingienne immobile est très accessible par le toucher en avant de l'utérus et par le

palper combiné. Si le tissu cellulaire et adjacent s'infiltré et s'épaissit, il peut donner lieu alors au phénomène du plastron (Routier, Terrillon : *Annales de gynécologie*, mai 1889, p. 348 et Obs. CII), différent cependant du large et épais plastron pathognomonique des phlegmons pelviens (Delbet). En dehors de l'accouchement et de l'avortement (Obs. CXIII ?) (1) peut-être pourrait-on invoquer le prolapsus utérin et les modifications topographiques qu'il entraîne du côté de la trompe et de l'ovaire ? (Obs. CX).

A ce groupe, on peut rattacher les débris fœtaux emprisonnés dans la gangue fibreuse de résorption d'une hémato-cèle antérieure (Obs. CXVI).

A la deuxième catégorie appartiennent les tumeurs parovariennes, sessiles ou pédiculées nées dans l'épaisseur du ligament large. Ce sont des formations kystiques séreuses d'origine époothorique. Quand un kyste du corps de Rosenmuller se développe dans le mésosalpinx, il n'est guère recouvert en avant que par le feuillet péritonéal très mince. Bridé en arrière par les vaisseaux qui le séparent du feuillet postérieur, en haut par la trompe et son ligament, il croit de préférence en avant où il ne rencontre aucun obstacle et tombe dans le cul-de-sac anté-utérin (Obs. VIII). Le plus souvent il se pédiculise et son pédicule reste droit et rigide (Obs. CXI), quelquefois cependant, il se tord sur lui-même (Bouilly) (2). Toutes les tumeurs du ligament large, fibromes ou lipomes, peuvent évoluer ainsi, mais elles offrent toutes un caractère commun et presque constant, leur situation primitive dans le ligament large sur les côtés de l'utérus qu'elles transposent en latéro-dévi-ation, si bien qu'elles sont surtout accessibles, au début, dans le cul-de-sac vaginal antéro-latéral. Si les divers procédés d'exploration nous font croire à la présence d'un kyste du cul-de-sac antérieur, si d'autre part la malade ne présente dans son

(1) L'observation CXIII que nous rattachons à cette variété de tumeur, ne fait pas mention de la présence du pédicule. Il est probable, cependant, qu'il existait et même qu'il était tordu, si l'on en croit le signe fourni par le toucher de l'existence d'un cordon dur reliant la tumeur à la face postérieure de l'utérus.

(2) Bouilly: De la torsion des kystes parovariens. *Gynéc.*, p. 481. Déc. 1898.

passé gynécologique aucune crise qui puisse éveiller l'idée d'une torsion ancienne, si la femme est stérile, il s'agit à quelques raretés près d'un kyste para-ovarien.

Exceptionnellement une tumeur solide née sur la face externe de la trompe peut se loger en avant des ligaments larges et remplir le cul-de-sac vésico-utérin sans tordre son pédicule (Obs. CXVIII).

La trompe et l'ovaire occupent parfois une situation anormale en avant de l'utérus, soit du fait d'un développement défectueux de l'utérus (Kleinhaus), soit du fait d'un trouble dans la descente de l'appareil tubo-ovarien au même titre que les hernies de ces organes à travers l'orifice inguinal. En pareil cas l'anomalie est le plus souvent bilatérale et s'accompagne d'autres malformations congénitales de l'appareil reproducteur. Qu'ils occupent une situation anormale ou normale, ces organes ont une nosologie identique. Enfin des tumeurs du pelvis antérieur peuvent avoir pour point de départ des trompes ou des ovaires surnuméraires ou accessoires, des organes particuliers, inconstants, sur l'origine desquels on n'est pas encore d'accord. Ce sont toutes des kystes sérieux.

Les parasalpingites se présentent sous divers aspects : appendues à l'oviducte, tantôt elles communiquent avec l'organe mère, tantôt elles sont fermées de son côté mais prennent jour dans la cavité abdominale. Que l'orifice abdominal frangé ou non vienne à s'oblitérer, la trompe atrésique peut se distendre sous la poussée d'un épanchement sérieux au même titre qu'une trompe normale (hydroparasalpinx). Kleinhaus a rencontré chez une malade une trompe normale sur la face antérieure de laquelle étaient implantées deux trompes accessoires, l'une baillant dans la cavité péritonéale par un ostium frangé, l'autre fermée et kystique.

Les ovaires accessoires sont fréquents. En nombre très variable chez un même sujet, de volume très divers, le plus souvent dans le voisinage ou accolés à l'organe principal, quelquefois indépendants, ils peuvent se greffer en des points très éloignés. C'est ainsi qu'ils se logent dans le pelvis antérieur et même dans le repli vésico-utérin (Cas de Wenckel). Ils sont alors le siège de toutes les variétés kystiques de l'ovaire principaux, mais particulièrement de kystes dermoïdes.

Enfin des poches kystiques reconnaissent très exceptionnellement pour point de départ des appendices vésiculés ou pédiculés du ligament large, les hydatides d'origine probablement müllérienne, implantées exclusivement sur le feuillet antérieur (Ballentine, William, Kossmann, Rossa).

Les grossesses extra-utérines abdominales (Obs. CXIX et CXX) ont de grandes analogies avec les néoplasies précédentes. L'ovule détaché dans la cavité abdominale et fécondé, ballotté par le remous constant des anses intestinales, se greffe en un point quelconque de la cavité pelvienne sur le péritoine. L'œuf évolue alors sur place, se creuse une cavité virtuelle au milieu des tissus voisins et s'entoure d'une enveloppe caduque artificielle formée d'éléments très divers : parois des organes riverains, ligament large, utérus, vessie, intestin, soudés entre eux par un mastic exsudatif qui ne tarde pas à s'organiser. Le kyste fœtal est alors constitué à l'état complet : placenta, enveloppes fœtales et fœtus, et s'entoure du cadre connu de symptômes physiques et fonctionnels de la grossesse extra-utérine.

CHAPITRE XII

TUMEURS OSSEUSES.

Le tissu osseux, charpente de l'excavation, peut être l'origine de néoplasies qui, nées de la face interne des lames antérieures et latérales, se logent dans le pelvis antérieur.

Toutes ces tumeurs ont un caractère commun : la dépendance vis-à-vis de leur surface d'implantation qui se fait en général sur une très large étendue, sans l'ébauche même d'un pédicule, et partant leur immobilité absolue. Elles évoluent lentement sans retentissement péritonéal, ce qu'il est facile d'expliquer par l'interposition entre le néoplasme et la séreuse d'un coussin musculaire protecteur plus ou moins épais qui reste indemne pendant longtemps. Chaque variété, sans qu'il y ait là rien d'absolu, semble avoir ses lieux d'élection. Tandis que les ostéosarcomes, les fibromes, les kystes hydatiques se localisent de préférence aux extrémités du diamètre transversal, à l'os iliaque, aux fosses iliaques, à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, les enchondromes et les exostoses se développent plus souvent aux pôles du diamètre sagittal, sacrum et surtout pubis et ischion au voisinage du trou obturateur. Dès qu'ils ont atteint des dimensions appréciables, ces néoplasmes modifient la disposition des organes pelviens et donnent naissance à des symptômes divers, variables avec leur forme, leur consistance, leur nature et leur contenu. De volume considérable, les néoplasmes sont des ostéosarcomes, des enchondromes, des kystes hydatiques, ou très rarement des fibromes.

L'ostéosarcome de la paroi interne est généralement primitif : il apparaît à tout âge, même chez l'enfant et chez la jeune femme il survient souvent, pour une cause inexpliquée,

dans le cours d'une grossesse. Un jour brusquement, en état apparent de pleine santé, sans qu'elle puisse incriminer un faux mouvement, un effort, un traumatisme, la femme ressent une douleur atroce, cinglante ou déchirante, en un point précis d'abord, qui s'irradie ensuite plus ou moins loin de son foyer principal. La douleur cesse et reparait quelques jours après avec ses mêmes caractères. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que la cause cherchée vainement se révèle. Une petite masse existe qui se s'accroître sans cesse jusqu'à atteindre un volume monstrueux : tumeur bosselée, irrégulière, de consistance inégale, souvent élastique ou fluctuante, crépitant sous le doigt explorateur qu'elle soulève rythmiquement, soufflante sous l'oreille synchroniquement à la diastole artérielle. Tous ces caractères de l'ostéosarcome angiectasique appartiennent déjà à l'anévrysme iliaque, la distinction en serait donc impossible si celui-ci se rencontrait dans le petit bassin. Sa présence en telle situation supposerait une poche sanguine très volumineuse, basculée accidentellement dans le fond de l'excavation en dedans des fosses iliaques, par-dessus la ligne innominée. Peut-être, en pareil cas, pourrait-on se baser sur les caractères plus violents du souffle, plus soudain et moins expansif du choc artério-sanguin, plus irrégulier de la consistance générale, pour souscrire au diagnostic de sarcome(Le Fort)? La tumeur ne tarde pas à gagner les tissus voisins : par sa propagation rapide au tissu cellulaire, elle entoure et étouffe les organes fixes : vaisseaux (œdème unilatéral du membre inférieur), nerfs (troubles sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, trophiques), uretère (anurie partielle ou totale), uréthre (dysurie, rétention d'urine). Au bout d'un temps variant de 3 mois à 2 ans, la tumeur est énorme, la déchéance de l'organisme complète. Cette cachexie, différente de celle des enchondromes très lente à s'établir et prolongée, exaspérée par les douleurs atroces et la fièvre hectique, amène rapidement la mort.

L'enchondrome est une tumeur de l'âge adulte. Intra-pelvien, il peut être la propagation par le trou obturateur d'un chondrome du fémur. Le plus souvent il est primitif. C'est dans les trois quarts des cas (Havage) (1) le pubis ou l'ischion

(1) Les tumeurs du bassin. Thèse de Paris, 1882.

qu'il reconnaît comme origine, mais presque toujours leur face externe. Cependant Havage cite le cas, emprunté aux *Archives de Médecine*, 1844, T. V., p. 504, d'une femme de 35 ans, X paré, chez laquelle, pendant une grossesse, évolua sur la face interne de la symphyse une tumeur cartilagineuse du volume du poing, mi-solide, mi-rénitente, qui nécessita l'embryotomie au moment de l'expulsion fœtale.

Très souvent la tumeur est la première manifestation de la maladie, qui longtemps était restée insoupçonnée de la maladie. Indolente à la pression, largement implantée, elle apparaît comme une masse bosselée, ferme, osseuse ou cartilagineuse sur toute sa surface, qui se transforme dès qu'elle atteint un certain volume en une néoplasie d'un nouvel aspect, formée de lobes très inégaux de volume et de consistance, les uns très durs, ligneux, pierreux, les autres fluctuants, mais sans crépitation, foyers de dégénérescence kystique communs dans les hyperplasies cartilagineuses. Quelquefois la poche fluctuante est si développée qu'elle simule un kyste de l'ovaire adhérent. Rompue, elle donne issue à un liquide épais, visqueux, brun ou chocolat. Ce n'est que lorsqu'ils ont atteint des dimensions déjà considérables, qu'ils se sont propagés à travers le tissu cellulaire pelvien, périvésical, périvaginal, péri-utérin (Obs. II de François, Thèse de Paris, p. 21) (1), qu'ils provoquent des symptômes fonctionnels ou généraux au même titre que les gros kystes de l'ovaire : troubles digestifs, anorexie complète, émaciation extrême et fièvre hectique terminale.

Les fibromes nés par hypergénèse des éléments périostés se présentent avec tous les caractères des fibromes pelviens, à cela près que leur pédicule étant plus court et plus large ils sont peu mobiles même en dehors de toute adhérence.

Les kystes hydatiques osseux du bassin, d'une fréquence relative, évoluent à la façon des kystes sous-péritonéaux. Endostaux, ils creusent et détruisent rapidement le tissu osseux voisin par la projection de fusées irrégulières plus ou moins lointaines. Le plus souvent c'est l'os iliaque qui est malade. Néanmoins on a signalé un kyste rétro-pubien. Celui-ci s'était creusé un orifice à travers la membrane obturatrice et venait

(1) Thèse de Paris, 1876. Les enchondromes du bassin.

faire saillie à la face supéro-interne de la cuisse. (Observation CXXI). Le kyste hydatique peut donc former des poches multiples qui communiquent entre elles, fluctuantes, quelquefois crépitantes, margées par un rebord osseux, indolentes longtemps, car elles réagissent peu sur les organes voisins. Malgré sa bénignité immédiate, du fait de son caractère envahissant, la tumeur entraîne la mort par septicémie, soit spontanée, soit provoquée par une intervention intempestive ou maladroite. Le liquide du kyste est en effet très souvent purulent; en tous cas il n'a jamais la limpidité ni la transparence du liquide des hydatiques ordinaires. Les caractères physiques et fonctionnels de ces kystes, leur siège fréquent au niveau de la cavité cotyloïde et les dégâts dont ils se rendent coupables, les font confondre avec des abcès froids articulaires. En général la diagnose est impossible. Seuls, en dehors de l'incision et de l'examen microscopique du pus, les antécédents héréditaires ou personnels, les commémoratifs peuvent mettre, quoique de manière très imparfaite, sur la voie du diagnostic.

Quand le néoplasme est dur et de petit volume, on se trouve en présence soit d'un ostéosarcome ou d'un enchondrome en voie d'évolution, soit d'une exostose intra-pelvienne. Si déjà les douleurs sont répétées à intervalles très proches, vives, lancinantes ou déchirantes, l'ostéosarcome est à craindre, le pronostic sera très réservé. Si, au contraire, la tumeur reste indolente, même à la pression, on a affaire à un enchondrome ou à une production ostéogénique bénigne. Outre que la marche tôt entravée de l'exostose diffère essentiellement de l'évolution, lente aussi, mais sans limite du néoplasme, chaque tumeur possède des symptômes physiques très particuliers. En dehors des exostoses diathésiques qui ressortissent à la syphilis, à la goutte, au rhumatisme et se localisent indifféremment en tous les points de la ceinture pelvienne, les exostoses ostéogéniques se greffent de préférence sur la face postérieure du pubis (Robin. Havage, Féré). Très fréquentes chez les femmes âgées (16 % d'après Féré) (1), elles revêtent la forme de petites masses, d'une dureté osseuse, rarement plus grosses

(1) Féré: Note publiée dans la thèse de Havage.

qu'une pomme, sphériques, découpées en lobes par des sillons transversaux, surmontées d'aspérités rugueuses ou éburnées. Quelquefois elles forment, en arrière de la symphyse, deux épines symétriques réunies par une ébauche de ligament interosseux (Robert (1), Féré), susceptibles de se fracturer. On conçoit facilement que ces arêtes à peine émoussées, déterminent des troubles graves du côté de la vessie en rapport immédiat avec elles, soit de la rétention (Obs. de Bouilly. Thèse d'Agrégation, John Lever), soit la perforation des parois par leur pénétration dans la lumière du réservoir (Coguet et Bérard. Art. Exostoses du Dict. en 30 volumes) et du côté de l'utérus en état de gestation (avortement, rupture utérine, dystocie maternelle).

(1) Robert: in *Journal du Progrès*. T. VIII, p. 190.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION.—*Pelvi-péritonite séreuse anté-utérine.*

In VAUTRIN : Congrès de Chirurgie, 1896.

Femme X....., 23 ans.

Antécédents génitaux : Régée à 14 ans, douloureusement, avec de grandes irrégularités et de la leucorrhée abondante. Dès son mariage : vaginite et métrite de cause inconnue ; vagin sain ; col peu volumineux ; pertes muqueuses, épaisses, jaunâtres ; utérus en antéflexion, gros et douloureux ; annexes saines. *Diagnostic clinique* : Antéflexion congénitale.

Etat pathologique actuel : Huit jours après : fièvre, frissons, ballonnement du ventre, vomissements, constipation ; *culs-de-sac distendus, en particulier l'antérieur*, d'autant plus dilaté que le col utérin est plus rejeté en arrière : collection remontant jusqu'à une faible distance de l'ombilie.

Elytrotomie antérieure suivie d'élytrotomie postérieure, complémentaire. Utérus en antéflexion rebelle, augmenté de volume au niveau du fond ; annexes saines sans exsudats ni adhérences périphériques ; péritoine pelvien épaissi, surtout dans sa partie inférieure, sans modifications pouvant faire penser à la tuberculose ; anses intestinales et épiploon unis par un processus adhésif, récent et peu résistant. Drainage par les deux culs-de-sac.

OBS. II. — *Hématome sous-péritonéal, hématocele antérieure secondaire.*

In EMMET : La pratique des maladies des femmes ; trad. franç.
A. Olivier, p. 209. Obs. XXIII.

Femme V. B....., 27 ans.

A. G. : Régée à 15 ans ; un an après son mariage, à la suite de son premier accouchement, les règles deviennent douloureuses, longues ; la leucorrhée s'installe ; des douleurs dans le bas-ventre apparaissent à la moindre fatigue.

(1) Pour les observations d'hématocele anté-utérine, antérieures à 1895, nous renvoyons à la thèse de Bertrand.

Examen : Utérus en rétroversion ; col utérin en rapport avec la vessie ; cul-de-sac postérieur profond et libre ; dans le cul-de-sac antérieur, en avant du ligament large droit, petite masse de 4 centimètres de diamètre, immédiatement au dessus de l'insertion du vagin : fibrome ? cause de rétroversion. Redressement par un pessaire.

Fécondée dès le huitième jour, elle avorte au troisième mois de sa grossesse : épaissement diffus qui semble occuper plus la paroi vaginale que le tissu cellulaire qui la recouvre : pas de placenta : les pertes cessent brusquement dans les jours qui suivent, mais le jour même surviennent des douleurs dans le bas ventre, des vomissements ; temp. 37°5 ; pouls 106 ; ces symptômes nouveaux persistent le lendemain ; une tumeur se révèle par le toucher au côté droit de la vessie. *Diagnostic* : hématocele. Mort.

Autopsie : Cavité péritonéale rempli par un volumineux caillot qui couvre les organes pelviens ; au-dessous : hémorrhagie ayant commencé dans le tissu cellulaire, en avant du ligament large droit, dont elle avait soulevé le péritoine délogé du cul-de-sac vésico utérin disparu ; quand le sang eut rempli la cavité antérieure, la rupture péritonéale se produisit du côté droit au niveau du centre du ligament large, par où le sang s'échappa dans la cavité péritonéale.

OBS. III. — *Hématocele antérieure.*

In GAUTHIER : *Am J. of Obst.* 1889, cité par Bertrand (Thèse de Nancy, 1895).

Femme X..... 22 ans.

A. G. : Règles normales jusqu'en 1887 ; en mai, elles disparaissent ; nausées, vomissements, malaise général ; (20 juin) : douleur excruciante dans le bas-ventre pendant trois jours ; trois crises successives de même durée dans le même mois ; (Septembre) nouvelle crise plus intense, prostration très grande, ventre augmenté de volume ; expulsion de membranes pendant l'été.

Diagnostic : Crampes, coliques, grossesse, fibrome utérin ?

Examen : Avril 1888, tumeur du volume d'une orange sur le côté gauche de l'utérus, adhérente à cet organe, amenant de fréquentes mictions ; état général bon.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire ou fibrome utérin.

En mai 1888, la tumeur a encore augmenté de volume ; les douleurs sont plus grandes ; cystite intense, urines plus épaisses, sédimenteuses, avec débris osseux.

En juin, les règles reparaissent (1).

OBS. IV. — *Kyste fœtal rompu anté-utérin.*

In TUFFIER : *Bull. Soc. Chirurgie*, 1891, 25 fév.-18 mai.

Femme X..... 34 ans.

A. G. : Il pare ; en 1889, troubles menstruels à la suite desquels les règles disparurent pendant un mois ; tumeur.

Examen : Tumeur grosse comme le poing siégeant en avant de l'utérus et paraissant confondue avec la paroi antérieure de cet organe.

Laparotomie exploratrice : Lithopœdion correspondant à un fœtus de 3 mois ; masse adhérente à la face antérieure de l'utérus formée d'un kyste vide rompu et d'une portion charnue qui est le placenta.

OBS. V. — *Kyste fœtal anté-utérin.*

In TUFFIER : *Bull. Soc. Chirurgie*. Communicat. 25 février.
18 mai.

Femme L..... 37 ans.

A. G. ; Une grossesse normale.

Et. path. act. : Douleurs abdominales ; tumeur adhérente à la face antérieure de l'utérus.

Laparotomie : Kyste fœtal perforé par un fœtus de 2 mois, à sa partie antérieure, adhérent à tous les organes voisins.

OBS. VI. — *Pachypéritonite hémorrhagique d'origine appendiculaire.*

In ALBARRAN : Tumeurs de la vessie (1894).

La femme X..... entre à l'hôpital dans un état général grave. Elle se plaint de douleurs internes très intenses pendant la miction et d'hématuries très abondantes qu'aucun traitement n'a enrayées jusqu'à ce jour. Les urines, en effet, contiennent du sang et un peu de pus ; la vessie est très sensible au contact et à la distension, par les

(1) Cette observation, seule de toutes celles publiées dans la thèse de Bertrand, est rapportée par nous à dessein. Classée sous l'étiquette d'hématocèle antérieure, il semble plutôt qu'elle se rapporte à un kyste fœtal, ouvert dans la vessie ; peut-être même à un kyste dermoïde.

liquides injectés ; quand on pratique le lavage vésical, les dernières gouttes de la solution évacuée sont plus colorées, ce qui paraît bien indiquer l'origine vésicale de l'hémorrhagie ; le toucher combiné permet de sentir entre les deux mains une masse inégale qui paraît infiltrer la paroi postérieure de la vessie ; d'ailleurs, par la palpation seule, sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, on sent une tuméfaction sans rapports avec l'utérus normal comme volume et comme mobilité. L'étendue de la masse, l'état cachectique de la malade plaident peu en faveur d'une intervention. On se borne à des moyens palliatifs. Mort.

Autopsie : Pas de tumeur vésicale, mais, en arrière, entre la vessie et l'utérus, il existe une poche remplie de sang bien isolée par des adhérences péritonéales qui lui forment une coque très épaisse ; vers la partie supérieure, enclavé dans les adhérences et proéminent un peu dans la cavité, l'appendice iléo-cæcal se montre perforé ; sur la paroi postérieure de la vessie, on trouve un orifice de communication par où le contenu de la poche péritonéale se déversait ; tout autour de l'orifice, et disséminées sur toute la face postérieure et intérieure de la vessie apparaissent de petites verrues polypeuses ; utérus et annexes sains.

Diagnostic : Appendicite avec pachy-péritonite hémorrhagique enkystée, secondairement ouverte dans la vessie.

OBS. VII. — Hématocèle sous-péritonéale gauche.

In CHAPUT : Bull. Soc. Chirurgie, 29 janvier 1896. p. 83.

Femme A..... 19 ans.

A. G. : Pas d'enfants ; en mars 1891, hémorrhagie probable.

Et. path. act. : En 1893, après une longue marche, léger écoulement sanguin en dehors de la période menstruelle ; le 10, évacuation de caillots ; le 16, pendant deux heures, douleurs violentes dans le ventre, qui disparaissent assez rapidement ; depuis, douleurs persistantes, suintement séro-sanguin continu.

Examen : Culs-de-sac postérieur et latéral droit, libres ; cul-de-sac antérieur empiétant sur le cul-de-sac gauche rempli par une tumeur grosse comme une tête de fœtus, fluctuante, non douloureuse ; utérus immobilisé.

Colpotomie : (1 juin 1893) Incision du cul-de-sac antérieur ; poche remplie de caillots ; drainage avec une sonde de Pezzer et un drain de caoutchouc ; élimination de caillots fétides les jours suivants ; lavages répétés. Guérison.

OBS. VIII.—*Grossesse extra-utérine tubo-abdominale rompue.*

In MORESTIN : *Bull. Soc. Anat.* octobre 1899, p. 808.

Femme Herminie G.... 37 ans. Hôpital Saint-Louis, service du Dr Richelot, septembre 1899.

A. G. : Il pare ; le dernier, il y a 5 ans ; une fausse-couche depuis ; irrégulièrement réglée.

Et. path. act. : Retard des règles de 5 semaines, vives douleurs, perte très abondante, ventre très souple, pas douloureux sauf sur la ligne médiane ; col mou, dilaté ; culs-de-sac libres ; au-dessus du pubis, masse arrondie qui ressemble à l'utérus un peu gros. Au repos, l'hémorrhagie s'arrête. La fièvre n'a pas paru, la fausse-couche semble banale. 16 septembre : douleurs violentes dans l'abdomen, pâleur extrême, syncope, pouls filiforme et très rapide. Sérum ; la malade se rétablit mais reste très faible ; ventre très souple, légèrement ballonné, à peine vers la gauche ; perte sanguine vaginale. *Diagnostic* : Hémorrhagie intra-péritonéale consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine. 3 jours après, grosse masse pâteuse occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à mi-ombilic ; cul-de-sac postérieur libre. Dans le cul-de-sac latéral gauche, masse indécise qui semble se confondre avec la masse abdominale. Le 22, nouvelle crise moins forte ; douleur violente à siège thoracique gauche ; la tumeur abdominale gagne l'ombilic.

Laparotomie (27 septembre) : Sang épanché dans la cavité péritonéale ; *fœtus* de 4 mois *situé immédiatement derrière la paroi et la vessie, au-devant et au-dessus du fond de l'utérus*, placenta adhérent aux organes voisins, caillots ; annexes droites saines, mais limitant le foyer de l'hématocèle par leur agglutination ; trompe gauche dilatée dans sa portion terminale et rompue, la portion interne accolée au segment ampullaire ; cul-de-sac de Douglas presque vide de sang, *cul-de-sac antérieur rempli de caillots qui s'étalent dans les fosses iliaques et jusqu'à l'ombilic* ; petit bassin respecté. Ablation des annexes gauches. Guérison.

Examen de la pièce : Tumeur surajoutée aux annexes gauches, qui est un kyste ovalaire du volume du poing, uniloculaire, à surface lisse, à contenu limpide, libre d'adhérences, développé dans la partie supérieure du ligament large dans l'aileçon de la trompe, logée entre la partie supérieure du ligament et le promontoire et en haut et en avant ; la double disposition de la trompe et du kyste, probablement développé aux dépens de l'organe de Rosenmüller permet d'expliquer l'inondation du cul-de-sac antérieur et l'intégrité du postérieur.

Obs. IX. — *Hématocèle anté-utérine.*

In POLLOSSON : Soc. Chir. Lyon 1900. Présentation de pièce.

Femme X.... 24 ans.

A. G. : Réglée régulièrement jusqu'au 20 janvier 1900 ; en février, petite perte de quelques gouttes de sang ; quelques jours après, deuxième perte, douleurs du côté droit du ventre, suraiguës pendant une heure environ ; 3 crises en quelques jours.

Et. path. act. : Pâleur et faiblesse assez marquées.

Diagnostic clinique : (Pollosson) Hématocèle péri-utérine.

Laparotomie : (à la suite d'une nouvelle crise avec état syncopal) Grande quantité de sang : *en avant de l'utérus*, trompe déchirée avec un petit fœtus de 3 mois.

Obs. X. — *Grossesse extra-utérine. Hématocèle anté-utérine.*

In J. L. FAURE : Gynécologie, 1901. Obs. XVI.

Femme Marie Gé..., 21 ans, opérée le 20 août 1897 à Saint-Antoine.

Examen : Tumeur énorme remontant au-dessus du pubis et siègeant nettement dans le cul-de-sac antérieur.

Diagnostic clinique : Hématocèle anté-utérine.

Colpotomie antérieure bientôt interrompue, car l'opérateur croit se trouver en présence d'un fibrome ; hystérectomie vaginale interrompue à nouveau par ouverture inattendue d'une collection sanguine anté-utérine qui se vide de son contenu liquide et de ses caillots. Le diagnostic d'hématocèle est donc confirmé. Guérison après hystérectomie vaginale totale.

Obs. XI. — *Grossesse extra-utérine et hématocèle anté-utérine.*

In J. L. FAURE : Gynécologie 1901. Obs. X, p. 218.

Femme Léonie Lehr..., 21 ans ; opérée le 17 juillet 1897, à Laëune.

Examen : Tumeur volumineuse dans le cul-de-sac antérieur entre la vessie et l'utérus.

Diagnostic clinique : Hématocèle antérieure enkystée.

Colpotomie : Ouverture par le cul-de-sac antérieur après décollement de la vessie ; beaucoup de sang avec fausses membranes ; drainage. Guérison.

OBS. XII (personnelle). — *Rupture de grossesse tubaire.*

Femme Maria Cl., 31 ans, couturière. Hôpital Tenon, salle Delessert, service du Dr Lejars, 15 juin 1903.

Antécédents personnels : Nuls.

A. G. : Régliée à 14 ans, elle a, jusqu'en 1899, vu régulièrement. Cette année, dans le même service, elle a été opérée d'urgence pour une grossesse tubaire gauche, rompue. Ses menstrues avaient reparu après cette intervention, avec leur caractère ordinaire d'abondance et de régularité jusqu'à fin avril ; depuis elles ont disparu à nouveau.

Et. path. act. : La malade entre à l'hôpital exsangue, le pouls filiforme, incomptable : le faciès péritonéal jaune-verdâtre. Elle se plaint d'une douleur déjà apaisée dans le bas-ventre et on assiste pendant l'interrogatoire clinique à une syncope qui plaide en faveur d'une intervention immédiate.

Examen : (sous le chloroforme.) Le ventre est augmenté de volume, sa tuméfaction remonte jusqu'à l'ombilic ; à ce niveau, la percussion permet de délimiter une zone de matité sus-pubienne qui cesse brusquement et devient très sonore au-dessus de la ligne ombilicale : il n'y a pas de fluctuation nette ; le doigt vaginal plonge dans le cul-de-sac postérieur et rencontre l'utérus assez haut, en rétroflexion, mais le cul-de-sac antérieur a disparu, occupé par une masse demi-fluctuante qui fait, dans le vagin, une saillie arrondie, lisse, mais légèrement irrégulière.

Diagnostic : Hématocèle antérieure.

Laparotomie : La trompe droite violacée, de la grosseur de l'intestin grêle, a éclaté près de la corne utérine ; quelques caillots remplissent le cul-de-sac antérieur baigné de sang liquide ; fœtus de 0.02.

OBS. XIII. — *Suppuration de la symphyse pubienne.*

In A. GORDON : (Norfolk dist. med. Soc.), *Boston med. and surgical Journal*, citée in BOUILLY, Thèse d'agrégation.

Femme X., 24 ans.

A. G. : A sa quatrième grossesse, relâchement de la symphyse pubienne ; dès le cinquième jour après l'accouchement, dans le bassin et les cuisses, douleurs qui s'exagèrent les jours suivants ; frissons le neuvième jour, fièvre ; le quinzième jour : fièvre, prostration, nausées, vomissements, langue sèche, douleurs très vives au moindre mouvement ; dans le décubitus dorsal, douleur vive

à la pression au niveau du pubis ; le dix-huitième jour, la fièvre s'exaspère, le pouls est à 120.

Ponction : (le trentième jour), sus-pubienne : 10 onces de pus. *Tumeur* du volume d'une noix de coco, refoulant l'utérus en arrière, *logée dans la partie antérieure de la cavité pelvienne*, déplaçant l'urèthre et s'étendant jusqu'à la lèvre gauche.

Incision de la lèvre gauche (le trente-troisième jour) : 10 onces de pus.

Nouvelle incision d'un abcès de la lèvre gauche (le trente-sixième jour) : 1/2 pinte de pus. Guérison.

OBS. XIV. — *Phlegmon prévésical.*

IN BOUILLY : Thèse d'Agrégation, 1880. Obs. XXIX.

Femme X....., 42 ans, couturière (10 avril 1880). Service du D^r Lefort.

A. G. : Bien réglée, stérile ; en février 1879, 8 jours avant ses règles, après un excès de travail à la machine, violentes douleurs dans la fosse iliaque droite ; 3 mois de repos au lit sans fièvre, ni vomissements ; en mai 1879, dans le service de Gubler, on ponctionne une tumeur douloureuse, fluctuante, dans la fosse iliaque droite (1 litre de pus phlegmoneux) ; 28 août : deuxième ponction (1 litre de pus infect) ; 17 novembre : troisième ponction, sur la ligne médiane, à 4 centimètres du pubis ; 15 mars 1880 : quatrième ponction dans la fosse iliaque droite ; fin mars : cinquième ponction sans résultats . .

Et. path. act. et examen : Tuméfaction sus-pubienne, se prolongeant dans la fosse iliaque jusque vers l'épine iliaque antéro-supérieure ; fluctuante, mate, peu douloureuse à la pression ; mictions normales ; *empâtement dans le cul-de-sac vaginal antérieur* ; fluctuation transmissible de l'abdomen au vagin ; utérus un peu déjeté en arrière ; sur sa face postérieure, il présente des nodosités et des bosselures.

Diagnostic clinique : phlegmon prévésical d'origine inconnue empiétant sur la fosse iliaque droite.

Incision sus-pubienne médiane à 3 centimètres de la symphyse : pus phlegmoneux verdâtre ; drain abdomino-vaginal (14 avril). Guérison après perforation de la vessie au niveau du col (30 mai).

OBS. XV. — *Phlegmon péri-urétral.*

In *Cancer de la vessie* : Mémoire couronné, prix Civiale 1881. FÉRÉ.

Femme X....., 30 ans, tapissière, 30 avril 1880, Hôpital Necker, service du Dr Guyon.

Antécédents génitaux urinaires : En 1873, 3 jours après un accouchement, sensation de craquement dans le bas-ventre ; en 1877, douleurs paroxystiques dans les lombes, irradiées vers le sacrum et les aînes ; postmictions douloureuses ; urines sanglantes à la moindre fatigue dues à des accès de coliques néphrétiques : en temps ordinaire, les urines de quantité normale sont troubles, renferment un dépôt blanchâtre, des filets rouges et de petits caillots sanguins.

Et. path. act. : Douleurs très vives, paroxystiques, avec irradiations lombaires et inguinales, crurales ; pendant les accès, les mictions sont répétées mais l'urine coule goutte à goutte, semblant déchirer l'urètre au passage ; dans l'intervalle des accès, les mictions sont fréquentes et douloureuses (10 à 15 la nuit, 20 à 25 le jour), les douleurs cessent après l'émission d'une certaine quantité d'urine rouge ou rose ; graviers d'apparence phosphatique.

Examen : *Tuméfaction* très douloureuse occupant le fond de la vessie, plus nette à droite, molle, fongueuse, du volume d'un petit œuf, accolée contre le col utérin dont elle est séparée par un sillon concave en arrière ; pas de ganglions engorgés. 10 juin : pas d'amélioration notable ; 18 janvier : épaississement à peine appréciable, amendement des symptômes douloureux, mais mictions toujours fréquentes et pénibles ; coliques néphrétiques avec pissement de sang. 19 janvier : exploration digitale, surface tomenteuse, boursoufflée vers la partie postérieure du trigone, mais pas de tumeur. 30 janvier : l'incontinence a persisté jusqu'à ce jour, mais mictions plus espacées ; plus d'hématurie, mais léger dépôt ; tout épaississement a disparu.

Diagnostic probable : Phlegmon péri-urétral.

OBS. XVI. — *Abcès paravésical ouvert dans la vessie.*

In BAZY : Abcès pelviens ouverts dans la vessie. *Rev. de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, 1899, n° 4.

Femme X..... Salle Delessert, Hôpital Tenon.

Et. path. act. : Douleurs persistantes dans le ventre.

Diagnostic : Abcès paravésical gauche, avec ouverture imminente dans la vessie, basé sur les symptômes d'irritation vésicale.

Colpotomie antérieure : Le lendemain, la collection paravésicale

s'ouvre dans la vessie, mais comme la tuméfaction demeure assez considérable, comme l'orifice vésical insuffisant menace de s'agrandir, on intervient à main armée. Le pus est évacué en grande quantité. Après l'opération persiste assez longtemps une fistule vésico-vaginale pyo-urinaire. Guérison après 6 mois.

OBS. XVII. — *Abcès pelvien anté-utérin.*

In Bazzy : Abcès pelviens ouverts dans la vessie. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.*

Femme Céline X..., 27 mai 1899. Salle Huguier. Hôpital Beaujon.
A. G. : III pare ; le dernier date du 7 mai.

Et. path. act. : 6 jours après son accouchement, violentes douleurs dans le ventre et dans la fosse iliaque droite près de la ligne médiane ; envies d'uriner fréquentes, toutes les heures, suivies de pesanteur dans le bas-ventre ; frissons, fièvre, insomnie, inappétence. Les douleurs s'exagèrent bientôt ; les urines se troublent ; tout l'hypogastre est empâté. 31 mai : pyurie abondante qui, malgré que les mictions demeurent fréquentes, atténue largement les douleurs.

Examen : Par le toucher, masse du volume d'une orange sur le côté droit de l'abdomen, à droite et en avant de l'utérus, presque dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Intervention : (9 avril), sous le chloroforme, la collection diminuée de volume est comprimée ; on sonde la malade, du pus s'échappe par le pavillon, presque pur ; on lave la vessie. Les urines s'éclaircissent peu à peu sous l'influence des lavages boriqués répétés. L'état général s'améliore. Guérison.

OBS. XVIII. — *Phlegmon péri-vésical.*

In Bazzy : Abcès pelviens ouverts dans la vessie. *Revue de Gynécologie.*

Femme X..., 42 ans.

A. G. : Grossesse tardive ; accouchement avec les fers ; accidents infectieux d'abord mal limités, puis localisés sous la forme d'une tuméfaction siégeant sur le côté gauche de la région hypogastrique, en avant de l'utérus, contre la vessie ; signes d'irritation vésicale et légère pyurie.

Diagnostic : Phlegmon prévésical avec imminence d'ouverture, sinon ouverture, dans la vessie.

Le lendemain le diagnostic d'ouverture se confirme. Lavages

vésicaux. Au bout de quelques jours, après une crise de rétention la malade rejette un écheveau de tissu cellulaire gangréné qui avait obstrué l'urèthre et interrompu, par sa présence, la miction. Dès ce rejet les douleurs cessent. Guérison après instillations au nitrate d'argent.

OBS. XIX. — *Abcès de l'utérus.*

In TURENNE : Abcès de l'utérus. *Gynécologie*, août 1898.

Femme Antoinette P....., 43 ans.

Et. path. act. : (6 septembre 1897), quelques heures après un accouchement à terme, douleur vive dans la fosse iliaque gauche au-dessus de l'arcade crurale, avec des irradiations vers la cuisse droite ; 10 jours après, écoulement vaginal fétide, qui cède rapidement aux injections antiseptiques ; dès le premier jour, céphalée vespérale, bouffées de chaleur, inappétence ; petite tumeur latéro-utérine, douloureuse, qui augmente rapidement.

Examen : (2 novembre 1903). Col mou entr'ouvert, saignant ; écoulement jaune, gommeux, strié de sang : corps volumineux, douloureux, 11 centimètres ; en latéro-version droite, assez mobile, descendant avec facilité ; à gauche de lui, tumeur bien limitée, du volume d'un œuf d'autruche, accessible au-dessus de l'arcade de Poupart en dehors, en dedans, par le cul-de-sac antéro-latéral ; ses mouvements se communiquent à l'utérus dont elle est séparée par un petit sillon dans la région juxta-cervicale, plus haut, elle semble former corps avec lui ; fluctuation nette ; pas de plastron abdominal, pas d'empâtement des culs-de-sac.

Diagnostic clinique : Abcès du ligament large.

Colpo-cœliotomie : Incision circulaire du vagin sur le col, le tissu cellulaire vésico-utérin est sain ; ponction et ouverture de la poche ; pus jaune louable sans odeur ; hystérectomie ; au niveau de l'isthme de l'utérus, cavité purulente, pleine d'un liquide gommeux, strié de sang dans la paroi antérieure, vers le fond de l'organe ; annexes saines. Guérison.

OBS. XX. — *Paramétrite antérieure.*

In ROGER : Thèse de Paris : Traitement des suppurations pelviennes, 1900.

Femme A. G....., 25 ans (7 octobre 1891).

A. G. : Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans ; à 18, accouchement et pelvi-péritonite puerpérale ; à 19, deuxième accou-

chement avec longues suites de couches : en juillet 1891, avortement de 6 semaines, suivi de douleurs pelviennes très vives.

Et. path. act. : Femme pâle, très amaigrie.

Examen : Abdomen plat, tuméfaction en plastron à gauche ; utérus immobilisé ; cul-de-sac postérieur libre ; *en avant, tuméfaction* qui se continue en arrière et à gauche.

Colpotomie postérieure : Petit bassin libre, face postérieure de l'utérus lisse, annexes saines et mobiles.

Colpotomie antérieure : Foyer purulent rétro-vésical ; drainage ; guérison.

OBS. XXI. — *Paramétrite antérieure.*

In LEWERS : *Lancet*, 1886. T. I. p. 441.

Femme X....., 36 ans (23 juin 1885).

A. G. : VIII pare ; 3 fausses-couches ; le dernier accouchement normal date de 5 semaines : 10 jours après : douleurs abdominales dans la région hypogastrique.

Et. path. act. et examen : Tumeur située sur la ligne médiane, accolée à l'utérus et mobile avec lui.

Diagnostic clinique : Fibrome utérin.

Double ponction sus-pubienne : Pus.

Incision complémentaire et drainage. Guérison.

Diagnostic opératoire : Paramétrite antérieure entre la vessie et l'utérus.

OBS. XXII. — *Paramétrite antérieure.*

In BURTON : *Med. Press and Circul.*, 1886. T. LXXXIV, p. 567.

Femme II....., 25 ans.

A. G. : Accouchement à terme, avec le forceps, d'un enfant bien portant, il y a 3 mois ; quelques jours après, symptômes d'inflammation pelvienne dont elle guérit incomplètement.

Examen : Tumeur dure, *en avant*, ressemblant à un fibrome, *faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur* ; col de l'utérus effacé ; brusque suppression d'urine attribuée à la compression des uretères.

Ponction vaginale suivie de colpotomie antérieure. Guérison.

Colpotomie nouvelle, grattage de la poche pour récive. Guérison définitive 7 mois après.

OBS. XXIII. — *Abcès du tissu cellulaire vésico-utérin.*

In SIMON : *Bull. Soc. Anat.*, 1858, p. 231.

Femme X....., 27 ans.

En décembre 1857, suppression brusque des règles à la suite de l'immersion des mains dans l'eau froide ; depuis, céphalalgie persistante ; variole, en février 1858, qui guérit, mais la fièvre persiste. Morte, 8 mai.

Autopsie : *Abcès du volume d'une petite orange*, aplati d'avant en arrière, développé entre la vessie et l'utérus, envoyant un prolongement dans le ligament large gauche, à base large de 2 centimètres sur 6 centimètres et demi de profondeur : ses limites sont en avant, le bas-fond de la vessie, du point où le péritoine se réfléchit de la vessie sur l'utérus, jusqu'à près de 1 centimètre au-devant de l'ouverture des uretères sur la surface utérine de la vessie ; en arrière, toute la hauteur du col et le quart inférieur du corps de l'utérus ; les $\frac{3}{4}$ supérieurs tapissés par le péritoine débordent la limite supérieure de l'abcès de 4 centimètres. La paroi supérieure de l'abcès est constitué par le péritoine, qui se réfléchit de la vessie sur l'utérus, un peu au-dessus du niveau où il se réfléchit de l'utérus sur les ligaments ronds ; en bas, la partie la plus reculée de la paroi antérieure du vagin limite l'abcès dans une étendue de 2 centimètres, d'avant en arrière, et de 3 centimètres et demi transversalement. Sur les parties latérales, l'abcès se perd dans l'épaisseur des ligaments larges ; à droite, à $\frac{1}{2}$ centimètre du bord correspondant de l'utérus ; à gauche, à plus de 2 centimètres et demi ; aussi, le ligament large gauche est-il plus ferme et plus épais ; pas de phlegmon, pas trace de péritonite récente.

OBS. XXIV. — *Abcès du tissu cellulaire vésico-utérin.*

In A. GUÉRIN : *Bull. Soc. Chir.*, 1866, p. 307.

Femme X....., jeune, présente une tumeur polypiforme du col. Opérée, elle meurt de péritonite généralisée (?). A l'autopsie on trouve tout le tissu cellulaire du petit bassin infiltré de pus. *L'abcès est situé sous le cul-de-sac vésico-utérin* ; le péritoine est sain ; la collection communique par une perforation de l'utérus avec la cavité du col.

OBS. XXV. — *Suppuration du cul-de-sac antérieur.*

In BUCH : *Char. Ann. Berlin*, T. IV, 1877, p. 360, obs. II, p. 375.

Citée par Delbet, n° 667.

Femme Florentine M..., 38 ans.

A. G. : Réglée à 14 ans, VI parc. 15 février 1872, avortement de 3 mois. Depuis, hématuries douloureuses. De temps en temps, pyurie.

Examen : 17 janvier 1872. Col dirigé en arrière : *en avant et à droite tumeur sensible*, dont l'extrémité supérieure, facile à explorer par le palper abdominal, s'étend de la ligne blanche à l'épine iliaque.

24 juillet. Incision de la région inguinale droite. Guérison.

OBS. XXVI. — *Suppuration pelvienne anté-utérine.*

In CHASSAIGNAC : *Traité de la suppuration*. T. II, p. 463.

Femme Louise A..., 27 ans.

A. G. : Bien réglée, multipare. Il y a 3 mois les règles se suppriment brusquement et une tumeur apparaît à la partie inférieure de l'abdomen.

Et. path. act. : *Tumeur* refoulant la vessie en avant, dure, résistante *située au-devant de l'utérus* et s'étendant à toute la moitié latérale de cet organe.

Colpotomie : Pus. Mort.

Autopsie : Péritonite partielle ; collection occupant la fosse iliaque droite ; perforation à quelques centimètres au dessus de la valvule iléo-cæcale ; *le péritoine s'est rompu au niveau du cul-de-sac vésico-utérin* et le pus a pénétré dans l'abdomen.

OBS. XXVII. — *Abcès anté-utérin ouvert dans la vessie.*

In RHEINSTOEDTER, *Ark. fr. Gyn.*, 1879, vol. XVI, p. 499, citée par Delbet, n° 663.

Femme X...

A. G. : Un enfant en mai 1877 ; en fin août : paramétrite bilatérale ; fièvre intense ; douleur rendant la suppuration vraisemblable.

Et. path. act. : *Essudat* faisant légèrement saillie entre l'utérus et la vessie. En septembre, l'abcès s'ouvre dans la vessie, la fièvre diminue ; mais bientôt catarrhe vésical ; la fièvre renaît au dessous du

milieu de la crête iliaque droite, on sent une tuméfaction douloureuse.

Incision : large ; drain ; lavages antiseptiques ; le pus ne passe plus dans la vessie et la fièvre tombe définitivement ; en février 1878, menace d'ouverture dans la région du rein droit : nouvelle incision ; fin février : pleurésie double. Guérison.

OBS. XXVIII. — *Phlegmon du ligament large ouvert dans la vessie.*

In NONAT et LINAIS, p. 1123. Obs. XXV.

Femme Marie G..., 21 ans (25 octobre 1855).

A. G. : Bien réglée ; depuis son premier accouchement qui date de 3 mois, douleurs abdominales et aménorrhée.

Et. path. act. : Utérus sain ; à droite et au devant de lui engorgement inflammatoire de la fosse iliaque droite à la ligne médiane. (1^{er} décembre), tumeur fluctuante ; chute sur le siège suivie d'émission d'urines sanglantes et muco-purulentes ; tumeur diminuée de volume. (8 décembre), la pyurie cesse, mais la masse inflammatoire augmente à nouveau de volume, devient fluctuante ; fièvre.

Incision abdominale au-dessus du pli de l'aîne ; issue de pus (29 décembre).

Courte incision (20 janvier). Guérison.

OBS. XXIX. — *Phlegmon du ligament large gauche.*

In GILLETTE : *Bull. Soc. Chir.* T. IV, 1878, p. 171. Citée par Bouilly.

Femme Marie G..., 25 ans.

A. G. : Régliée à 12 ans, difficilement ; accouchement en 1876 ; depuis douleurs lombaires et hypogastriques ; aménorrhée.

Diagnostic clinique : Phlegmon du ligament large gauche. Quelques jours après, pus dans les urines.

Examen : (10 août) Tuméfaction mal limitée à gauche avec induration douloureuse à la pression formant avec l'utérus une masse unique, mobilisable en totalité, mais non sans vives douleurs ; temp. élevée ; (25 septembre) tumeur occupant l'excavation pelvienne, se prolongeant en avant de la vessie et située directement en arrière des muscles grands droits, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic ; sonorité dans la fosse iliaque droite ; matité dans la partie inférieure de la fosse iliaque gauche ; utérus immobile et refoulé en bas ; *cul-de-sac antérieur effacé par une tu-*

meur assez grosse, rénitente, se continuant avec la masse antévésicale, fluctuante.

Incision : (2 oct.) de 4 centimètres à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Coliotomie : (15 octobre) et drainage abdomino-vaginal. Guérison.

Obs. XXX. — *Phlegmon du ligament large. Pelvi péritonite enkystée antérieure. Ovarite suppurée. Double abcès du foie.*

In E. W. ROUGHTON. *St. Barth. Hosp. Rep.* Vol. XXI, 1885, p. 173.

Femme A. W..., 25 ans.

A. G. : Réglée à 15 ans ; mariée à 24 ; pas de grossesse, mais fièvre typhoïde en août 1884 ; (14 mai 1885) douleurs subites, violentes dans le bas-ventre et dans le dos, vomissements, dysurie ; (25 mai) abdomen normal, mais sensible au niveau de l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche où l'on sent des irrégularités : col repoussé en arrière : en avant de lui : masse douloureuse dure, un peu mobile ; (9 juin) urines albumineuses : tumeur saillante au-dessus du ligament de Poupart ; (20 juin) toux et douleurs thoraciques à droite, mais masse moins volumineuse : pas de selles ni d'urines purulentes : (1^{er} juillet) douleur dans la région hépatique ; (7 juillet) foie augmenté de volume d'où on retire par ponction (11 juillet), plusieurs onces de pus.

Incision : (15 juillet) Mort.

Autopsie : Utérus normal ; autour de lui en avant et à gauche, masse inflammatoire composée en partie par un phlegmon du tissu cellulaire, en partie par des collections séreuses renfermées dans des adhérences péritonéales ; ovarite suppurée droite ; double abcès du foie.

Diagnostic rectifié : Phlegmon du ligament large à développement anté-utérin « cas type de paramétrite antérieure ».

Obs. XXXI. — *Phlegmon du ligament large gauche ouvert dans le vagin.*

In WEST, trad. Mauriac. *Leçons sur Maladies des femmes*, 1870, p. 487.

Femme Si...

Et. path. act. : Six semaines après un accouchement, au dessus de la symphyse, tumeur solide, globuleuse, légèrement mobile, sensible à une forte pression, occupant le cul-de-sac antérieur du vagin, ainsi que le cul de sac gauche : fluctuation. Ouverture dans

le vagin ; guérie 6 semaines après. A sa sortie de l'hôpital, épaississement sur le côté gauche de l'utérus immobilisé. Mort 14 mois après d'abcès du foie.

Autopsie : Les replis du ligament large gauche depuis la partie supérieure du vagin jusqu'au pédicule de l'ovaire contiennent une masse de tissu cellulaire, dense, presque cartilagineux, criant sous le scalpel, composé de faisceaux blanchâtres s'entrecroisant dans toutes les directions et contenant dans ses mailles de la graisse jaune et solide. Cette masse adhère à tout le côté gauche de l'utérus dont le tissu est sain ; la trompe gauche adhère à l'ovaire et à son ligament, mais elle est perméable, ainsi que la droite ; ces deux ovaires sains contiennent des vésicules de Graaf.

OBS. XXXII. — *Phlegmon péri-utérin chronique ; antéflexion.*

In NONAT ET LINAS : *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 1159. Obs. XLI.

Femme Adèle R..., 21 ans.

A. G. : Réglée à 17 ans ; à 18 ans, douleurs dans le bas-ventre, à gauche ; dysménorrhée, pertes blanches assez abondantes ; dysurie ; état dyspeptique ; il y a 6 mois, aménorrhée, douleurs recrudescences, crises hystériformes.

Examen : Bas-ventre distendu, douloureux surtout à gauche ; vessie pleine, formant à l'hypogastre une tumeur globuleuse, mate et rénitente : 1 lit. 1/2 d'urine ; toucher très douloureux ; utérus en antéflexion, sensible à la pression, de volume normal ; en arrière du pubis, engorgement gros comme une noix, solide, mobile entre l'utérus et la vessie ; de chaque côté, dans les ligaments larges, engorgement de même consistance, formant deux grosses tumeurs comme des œufs de pigeon, douloureuses, fluctuantes, distinctes de l'utérus ; col utérin petit, conique, très rouge, injecté. Guérison.

OBS. XXXIII. — *Périmétrite chronique avec ouverture spontanée d'un foyer purulent dans la vessie.*

In SIRENEY : Thèse de Paris, 1860, p. 140, obs. VIII. Citée par Delbet, n° 478.

Femme Marguerite P..., 38 ans, blanchisseuse, 28 mai 1859, Sainte-Thérèse ; service du Dr Aran.

A. G. : Réglée à 12 ans, X pare ; le dernier il y a 10 mois ; depuis 2 mois, douleurs abdominales calmées par une perte de sang qui a duré 4 jours.

Et. path. act. : A 2 à 3 centimètres de la vulve, dure, indolente, on trouve une tumeur qui s'étend dans le bassin, depuis le côté droit jusqu'à 2 centimètres du côté gauche. Col effacé et déchiré : plateau abdominal de 5 à 6 centimètres d'épaisseur, complètement adhérent aux parois du bassin ; vessie refoulée à gauche. Le 12 mai la tumeur fait saillie dans le vagin, elle est ligneuse, occupe toute la partie antérieure et latérale droite du vagin : la ponction capillaire ramène du liquide purulent.

Colpotomie : Incision vaginale : 4 cuillerées de pus ; l'abcès communique avec la vessie. Engourdissement des membres inférieurs gauches. Mouvements impossibles ; le 3 juin, mort.

Autopsie : Epiploon adhérent par son extrémité inférieure à la face postérieure de la vessie et à la face antérieure de l'utérus ; fond de l'utérus incliné tout à fait en avant et un peu à gauche, la partie latérale droite du bassin est complètement fermée en haut, et à la partie supérieure on découvre la trompe utérine enroulée autour de l'ovaire qui est situé plus en dedans du côté droit.

OBS. XXXIV. — *Phlegmon du ligament large ouvert dans la vessie et le rectum.*

In KOENIG, *Arch. f. Heilh.*, 1862, p. 494. Citée par Delbet : n° 629.

Femme W...

A. G. : Plusieurs enfants ; le 18 janvier 1859, 4 semaines après le dernier accouchement, elle ressent dans la moitié du bassin des douleurs qui s'irradient du côté de la vessie : selles douloureuses ; palpation négative.

Et. path. act. : Le 28 janvier, fièvre et sueurs abondantes ; dans la région hypogastrique, tumeur qui s'étend à la moitié interne du ligament de Poupert, en dehors et en dedans jusqu'à la ligne médiane. Par le toucher vaginal, masse du volume du poing qui occupe la partie antérieure à gauche du bassin : le 9 février, selles purulentes et urines mêlées de pus ; tumeur diminuée : pyurie intermittente. En mars, grande amélioration.

OBS. XXXV. — *Adéno-phlegmon juxta-pubien.*

In GUÉRIN : *Leçons cliniques*, p. 601.

Femme X..., 18 ans.

A. G. : Réglée à 12 ans ; avortement probablement provoqué au 4^e mois : délivrance 2 jours après : le 4^e jour rapports sexuels

répétés, frissons intenses, constipation, vomissements bilieux, envies fréquentes d'uriner, ténesme rectal (23 novembre).

Diagnostic clinique : Phlegmon du ligament large.

Et. path. act. : (6 décembre) Violentes douleurs dans le ventre irradiées vers la cuisse gauche ; palpation horriblement douloureuse ; tumeur très appréciable au-dessus du ligament de Poupert ; *cul-de-sac gauche effacé par une tuméfaction en saillie se prolongeant en avant*, vers le pubis, contre lequel elle est appliquée au point qu'il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement ; le doigt ne peut se glisser entre la tumeur et le pubis ; cul-de-sac postérieur libre ; utérus normal ; paroi gauche du vagin plastronnée jusqu'au milieu du cul-de-sac antérieur. Mort le 14 décembre.

OBS. XXXVI. — *Hématome suppurée du ligament large.*

IN LAWSON TAIT : *Med. chir. Trans.* 1880, p. 306, 2^e obs., p. 311.

Femme X..., 45 ans

A. G. : Pas de grossesse, 2 fausses couches douteuses à 24 ans. Il y a 8 mois, symptômes ressemblant à ceux de l'hématocèle ; depuis, amaigrissement, perte d'appétit, soif, sueurs nocturnes, fièvre.

Et path. act. : Utérus fixé par une masse occupant le ligament large gauche et une partie du droit ; la masse gauche entoure le rectum et détermine un rétrécissement prononcé, ce qui est fréquent pour les hématocèles du ligament large gauche. La fluctuation n'est pas appréciable, mais les symptômes dénoncent la présence du pus. La cavité péritonéale n'est pas ouverte.

Colpotomie : Large abcès derrière la base de la vessie ; son principal siège est entre cet organe et l'utérus, mais il s'étend jusque derrière le rectum ; le fond et la partie postérieure de l'abcès sont formés de caillots organisés, ce qui prouve qu'il a eu pour origine une hémorrhagie dans le ligament large. Drainage. Guérison 30^e jour.

OBS. XXXVII. — *Pelvi-péritonite enkystée antérieure intestinale.*

IN BOURDON : *Revue Méd.*, 1841, p. 38.

Femme X..., 21 ans. Hôtel-Dieu. Salle Saint-Bernard ; service de Chomet. Péritonite partielle d'origine puerpérale ; tumeur hypogastrique (5^e jour) ; péritonite généralisée (19^e jour).

Autopsie : Collection purulente interposée à la vessie et à l'utérus, perforée à sa partie antérieure.

OBS. XXXVIII. — *Pelvi-péritonite enkystée d'origine intestinale.*

In MARTIN, citée par Pascal, Thèse de Paris, 1900, p. 197.

Femme B..., 48 ans.

A. G. : Réglée à 16 ans, régulièrement ; V pare ; en décembre 1861, violentes douleurs dans le bas ventre accompagnées de mictions difficiles.

Et. path. act. : Très amaigrie ; état général très précaire ; pas de fièvre.

Examen : (avril 1862). Utérus repoussé dans la concavité sacrée par une tumeur douloureuse à la pression perceptible par le cul-de-sac vaginal antérieur, en avant du col qu'elle déborde un peu vers la droite ; urines purulentes avec débris fécaloïdes.

Diagnostic : Collection purulente interutéro-vésicale. Amélioration par le repos.

Reprise des symptômes (juillet 1863). *Tumeur* grosse comme le poing dans la région inguinale droite qu'on sent par le vagin *en avant et à droite du museau de tanche* ; urines fécaloïdes.

Autopsie : Utérus petit, épais, très dur, recouvert d'exsudats péritonitiques, attiré vers la droite au point que le bord gauche est horizontal sur le plan du détroit supérieur ; vessie très petite présentant sur la paroi droite un rétrécissement infundibuliforme à orifice ulcéré, sur la paroi postérieure de nombreuses ulcérations. Dans le fond de l'une d'elles, s'ouvre l'uretère droit dilaté ; plus haut le réservoir communique avec le cæcum par un canal à portion ampullaire remplie d'un liquide brun sale ; le cæcum a glissé dans le petit bassin et adhère au côté droit de la vessie ; le colon transverse est située au-dessus de la symphyse pubienne ; larges ulcérations sur la muqueuse de l'iléon et du colon ascendant.

OBS. XXXIX. — *Collection purulente du petit bassin.*
Appendicite ?

In CHASSAIGNAC : *Traité de la suppuration*, T. II, p. 463. Citée par Delbet, n° 530.

Femme Louise A..., 27 ans.

A. G. : Réglée régulièrement, multipare ; depuis 3 mois : aménorrhée.

Et. path. act. : Le 6 novembre 1857, on incise une tumeur abdo-

minale; l'abdomen est ballonné ; la vessie est refoulée en avant. Le 12, du sang et du pus s'évacuent par l'incision ; le 27, mort.

Autopsie : Collection purulente dans la fosse iliaque droite ; les anses intestinales adhèrent entre elles ; l'utérus est libre par sa face postérieure, mais par sa face antérieure, il adhère à la collection ; le cæcum est perforé à quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

OBS. XL. — *Pelvi-péritonite enkystée.*

In Prof. CH. BINGHAM PENROSE. Citée dans *Gaz. de Gynéc.*, 1896, p. 217.

Femme X..., 32 ans.

A. G. : Réglée à 16 ans, régulièrement. V pare, le dernier il y a 8 mois ; fièvre puerpérale ; les règles reparurent le 6^e mois ; depuis son accouchement, douleur continue dans le bassin, plus intense au-dessus de la symphyse pubienne et étendue à droite et à gauche de la région ovarienne et en arrière, exaspérée par la marche et la station debout ; douleurs avant et après la miction ; amaigrissement.

Et. path. act. : Mictions répétées ; urines purulentes et hémâtiques ; temp. normale, mais pouls faible et rapide.

Examen : Utérus en position normale ; en avant de lui et un peu à droite, masse inflammatoire du volume d'une orange, dure, dense ; pression vaginale douloureuse au niveau du bas fond de la vessie.

Diagnostic clinique : Abscess pelvien (d'origine tubaire ?), consécutif à l'infection puerpérale malgré sa situation exceptionnelle.

Cœliotomie ant. : Trompes, ovaires sains et non adhérents ; épiploon soudé à la face antérieure du fond utérin ; vessie adhérente à l'intestin, à l'épiploon, à l'utérus, solidement. L'incision vaginale faite quelques jours après donne issue à 45 grammes environ de pus. Guérison.

OBS. XLI.—*Pelvi-péritonite antérieure d'origine salpingienne ou fibromateuse.*

In TUFFIER ET DUMONT : *Rev. de Gynéc.*, 1898, p. 442.

Femme X..., 42 ans.

A. G. : Réglée régulièrement, stérile. A 32 ans, douleurs dans la région inguinale à l'occasion des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin ; 3^e mois après, métrorrhagie abondante ; à 33, pelvi-péritonite ; à 34, nouvelle crise péritonitique avec mictions

fréquentes : curetage ; en 1891, 3^e crise avec pyurie et écoulement d'urine par le rectum ; en 1896, l'état général est très défectueux, les symptômes vésicaux très aggravés.

Et. path. act. et examen : Tumeur sous ombilicale, du volume d'une tête de fœtus, arrondie, lisse, peu mobile, plongeant dans le petit bassin ; utérus peu mobile, confondu avec la tumeur. Issue de gaz par l'urèthre ; urines à sédiment stercoral.

Diagnostic : Fibrome utérin.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale (août 1897) ; drainage abdominal ; soude vésicale à demeure. Guérison momentanée. Rechute.

Laparotomie (octobre 1897) : Isolement de l'S iliaque ; libération de la vessie hors de la gangue qui l'unit à l'intestin. Résection partielle, puis reconstitution de la vessie. La perforation intestinale passe inaperçue.

OBS. XLII (personnelle). — *Pelvi-péritonite antérieure enkystée.*

Femme V..., 30 ans. Hôpital Tenon, salle Delessert, service du Dr Lejars : 9 juin 1902.

A. P. : Rougeole dans l'enfance.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement ; leucorrhée assez abondante ; deux enfants à 24 et à 28 ans ; suites immédiates de couches normales ; quelques temps après douleurs sourdes dans le bas-ventre, cessant au repos ; postmictions légèrement douloureuses ; envies fréquentes d'uriner, mais urines claires ; pas de métrorrhagies, ni de ménorrhagies.

Examen : Tumeur débordant de 3 travers de doigt la symphyse pubienne, médiane, mate à la percussion malgré le cathétérisme de la vessie, arrondie, douloureuse à la pression ; utérus immobilisé rétrofléchi ; col ouvert en avant, médian, sain ; *cul-de-sac antérieur disparu, comblé par la tumeur formant corps avec l'utérus*, de consistance fibromateuse ; culs-de-sac latéraux libres ; 8 centimètres à l'hystéromètre ; état général bon, mais température légèrement augmentée (37°4).

Diagnostic clinique : Fibrome anté-utérin.

Laparotomie : Grosse masse pré-utérine adhérente à l'épiploon ; à son centre abcès que l'on vide et draine. Guérison 21 juin.

Diagnostic opératoire : Abcès anté-utérin par pelvi-péritonite enkystée ; les annexes paraissent saines.

OBS. XLIII (personnelle). — *Pelvi-péritonite suppurée à grand foyer antérieur.*

Femme Adrienne T..., 24 ans, couturière : Hôpital Tenon, salle Delessert, service du Dr Lejars, 28 septembre 1903.

A. P. : Fièvre typhoïde à 20 ans.

A. G. : Réglée à 13 ans, régulièrement ; un enfant à 17 ans ; les dernières règles datent de 3 mois.

Et. path. act. : Il y a un mois, violente douleur cataclysmique dans le bas-ventre, accompagnée d'une légère perte sanguine, de vomissements, de frissons ; depuis, céphalée persistante et douleurs hypogastriques peu intenses ; reins et cœur normaux, fièvre légère.

Examen : Grosse masse hypogastrique plus saillante à gauche qu'à droite, mate, immobile, débordant de 3 centimètres la symphyse pubienne ; utérus immobilisé, normal de consistance et de volume ; col légèrement en avant ; *masse occupant le cul-de-sac antérieur, peu saillante*, paraissant fluctuante ; culs-de-sac postérieur et latéral gauche libres ; cul-de-sac empâté.

Diagnostic clinique : Suppuration pelvienne (hématocèle suppurée ?).

Laparotomie : Masse convexe encapuchonnée d'épiploon, adhérente à la paroi dans toute la zone sous-ombilicale ; décollement progressif ; en décollant le bord inférieur, du pus sourd ; ponction donnant peu de liquide ; ouverture de la poche ; en relevant la lame épiploïque de bas en haut, du pus fétide s'échappe en notable quantité ; utérus entouré de pseudo-kystes pelvi-péritonitiques isolé sur sa face postérieure et à gauche jusqu'au Douglas ; pas de masse annexielle appréciable ; à droite de l'utérus tient à une gangue formant le fond du pseudo-kyste et dans laquelle on ne trouve aucun point saillant ni fluctuant ; excision de la coque épiploïque ; drainage. Guérison 16 octobre.

Diagnostic opératoire : Pelvi-péritonite suppurée à grand foyer antérieur.

OBS. XLIV. — *Calcul de la vessie.*

In EMMET : *La pratique des maladies des femmes*, p. 779. Obs. CII (traduction A. Olivier).

Miss E..., 44 ans ; 3 décembre 1879, Woman's Hospital.

Depuis 5 ans, souffre avant et pendant la miction, mais est soulagée pour quelque temps après avoir uriné ; depuis un an, ses

souffrances sont continuelles ; incontinence et mictions de plus en plus difficiles.

Examen : Pierre faisant saillie au dessus du pubis et remplissant tout l'espace compris entre le pubis et l'utérus, refoulé en arrière vers le sacrum.

Cystotomie vaginale médiane ; pierre phosphato-tribasique empiétant la vessie dans laquelle elle est enkystée (120 grammes) ; broie ment aux ciseaux.

Obs. XLV. — *Calcul vésical.*

In EMMET : *La pratique des maladies des femmes*, trad. franç. Olivier, p. 790. Obs. CII.

Miss L..., 31 ans. Woman's Hospital, 2 janvier 1882.

A. G. U. : Impotente depuis 10 ans ; a uriné du sang plusieurs fois au début de son affection ; irritation vésicale constante, souvent mictions difficiles ; règles toujours avancées et abondantes ; traitée sans succès par la dilatation de l'utérus et les injections.

Examen : Utérus en rétroversion fixé par une inflammation pelvienne ancienne généralisée.

Intervention : 2 mois après, taille vaginale : pierre enkystée dans la paroi postérieure, juste en avant de l'utérus (45 gr.), origine de la cellulite augmentée par l'intervention utérine.

Obs. XLVI. — *Cancer de la vessie.*

In VÉLIAMINOFF, de Saint-Petersbourg. *Gaz. des hôpitaux*, 1896.

Femme X..., 49 ans.

Et. path. act. : Depuis 18 mois, douleurs violentes dans les régions vésicale, rectale et lombaire.

Examen : Au dessus du pubis, tumeur très difficile à limiter ; dans le cul-de-sac antérieur, masse du volume d'une pomme implantée sur la vessie. Cathétérisme facile, mais douloureux ; urines troubles, acides, hémorrhagiques, légèrement albumineuses, riches en globules sanguins et en cellules épithéliales vésicales. La cryoscopie révèle d'existence d'une masse solide, mamelonnée, large comme la paume de la main, occupant le sommet et la paroi antérieure et d'une ulcération infundibuliforme, à bords indurés, calleux.

Cystectomie : Excision des 2/3 de la vessie ; fixation du lambeau conservé à la paroi abdominale.

Epithélioma perlé à cellules plates. Guérison.

Obs. XLVII. — *Myôme vésicäl.*

In F. C. FAYE, *Nordiskt Med. Ark.*, Stockholm, 1871 (résumée).
Citée par Hartmann et Terrier.

Femme X..., 48 ans. Réglée à 15 ans ; régulièrement toutes les 5 semaines.

A. G. : Aménorrhée pendant 3 ans à la suite d'une fausse couche, IV pare. Atteinte de cardialgies qui s'aggravent dès sa première grossesse (1857), pendant laquelle apparaissent de l'œdème des membres inférieurs et de la pollakiurie douloureuse ; enfant à terme mais mort-né. Son œdème reparait un mois après ; les mictions sont toujours fréquentes et pénibles ; il y a un léger tympanisme abdominal ; au-dessus du pubis et sur la ligne médiane, tumeur mobile, indolente qui semble l'utérus antéversé ; col porté très haut en arrière, inaccessible ; corps utérin tordu sur son axe longitudinal, le côté droit tourné en avant et en bas. Œdème et varicosités du membre abdominal ; ni sucre ; ni albumine. En 1859 : accidents syphilitiques ; en 1862, avortement de 4 mois ; en 1863, nouvel avortement de 4 mois ; en 1867, ulcération de la cuisse et du pied gauche. A cette époque, au-dessus de la symphyse, tumeur dure, inégale, bosselée, douloureuse à la pression, du volume d'une tête d'enfant ; utérus très élevé en antéversion ; *cul-de-sac antérieur rempli par une tumeur dure*, de consistance ligneuse, semblant accolée au pubis ; utérus immobile ; mictions parfois difficiles (10 en 24 heures). Le 10 août 1870, enceinte de 7 mois, elle entre à la Maternité. Les 4 premiers mois ont été pénibles : nausées, vomissements ; mictions toutes les heures sans souffrance ; douleurs dans la région sacrée, pesantes ; douleurs déchirantes, térébrantes au niveau de la tumeur.

Examen : Abdomen très développé, proéminent en avant et à gauche ; utérus à gauche, le fond à 2 pouces de l'appendice xiphoïde ; plus bas et à droite, tumeur irrégulière dure, cartilagineuse, à surface bosselée, immobile, se prolongeant dans l'excavation ; à gauche, elle s'arrête à 4 centimètres environ au-dessus de la symphyse, à droite, elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure ; en avant et à gauche, dans l'excavation : tumeur plus petite, plus molle, étendue de la tumeur principale au bord de l'arcade pubienne ; la tumeur droite a 5 centimètres de diamètre.

Accouchement à terme (11 septembre) : Céphalotripsie nécessitée par la compression du col par la tumeur. Mort.

Autopsie : Tumeur 18 c./18 c. inégale, fibreuse, remplissant la partie supérieure gauche du petit bassin, s'enfonçant par son tiers

inférieur dans l'excavation ; située entre le fascia transversalis et le péritoine, elle refoule les organes du petit bassin en dehors et à gauche ; la *vessie agrandie* (20 centimètres), *est appliquée en avant de la tumeur qui fait corps avec elle ; l'utérus est à gauche et en arrière* ; il est piqué sur sa face postérieure de petits noyaux fibreux ; les annexes et les ligaments larges sont normaux ; les ligaments ronds embrassent la tumeur. C'est un fibro-myôme d'origine vésicale, la tumeur n'ayant aucune connexion avec l'utérus.

OBS. XLVIII. — *Fibro-myôme vésical.*

IN POLAILLON ET LEGRAND : *Ann. des maladies des org. génit. urin.*, 1888, p. 604.

Femme Phil. D..., 50 ans ; service du Dr Polailion, 1887.

A. G. : Réglée à 16 ans, régulièrement ; II pare en 1859 et 1862. Depuis quelques mois, pesanteur et douleurs dans le bas-ventre ; depuis un an, ventre augmenté de volume.

Et. path. act. : Ventre volumineux, globuleux, pointant en avant, surtout dans sa partie inférieure ; pas de circulation collatérale ; sous la paroi, immédiatement, tumeur arrondie, lisse, dure à sa partie supérieure droite, presque molle dans sa partie gauche ; mais en aucun point fluctuante ; fosses iliaques sonores ; pas d'ascite ; mobile dans le sens transversal, la tumeur se déplace peu dans le sens vertical ; col utérin effacé ; utérus mobile en tous sens, indépendant de la tumeur ; 6 centimètres à l'hystéromètre. Les mictions sont très fréquentes, mais peu abondantes ; cependant l'attention de la malade n'a jamais été attirée du côté de la vessie ; douleurs dans les reins, à l'épigastre ; pesanteur dans le bas-ventre.

Diagnostic clinique : Tumeur solide ou polykystique de l'ovaire ? peut-être fibro-myôme pédiculé du fond de l'utérus, sous-péritonéal ??

Laparotomie (15 décembre 1887) : Dès l'ouverture du ventre, on tombe dans un cul-de-sac enfoncé entre le sommet de la tumeur et la paroi abdominale constitué par le péritoine qui passe de la paroi sur la tumeur ; celle-ci semble un fibrome utérin, dont la face antérieure aurait adhéré à la paroi abdominale, développé aux dépens du fond de l'utérus et largement pédiculé : ligature du pédicule (2 janvier). Au fond de la dépression anfractueuse du pédicule, suintement d'un liquide ambré ; en écartant les bords de cette dépression, on aperçoit la muqueuse vésicale adhérente au tissu de cicatrice. Mort le 6.

Autopsie : Utérus et annexes déplacés en totalité vers la paroi

antérieure ; le Douglas, très large, est rempli d'anses intestinales ; le fond de l'utérus dépasse le niveau de la symphyse. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin présente sa profondeur habituelle et passe intact de l'utérus sur la vessie ; la muqueuse vésicale est intacte (10 cent. 1/2 sur 12). Le bas-fond et la cloison vésico-utérine font voir que les deux organes sont normaux dans leur rapports à ce niveau ; 3 centimètres de paroi vésicale postérieure répondent au fond du cul-de-sac vésico-utérin.

Donc la tumeur s'est développée aux dépens du sommet de la vessie vers le point d'insertion de l'ouraquet et en arrière de lui.

OBS. XLIX. — *Fibro-myôme de la vessie.*

IN HARTMANN ET TERRIER : Des myômes de la vessie, *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 182.

Femme L..., 60 ans. Hôpital Bichat. Service du Prof. Terrier, 2 mai 1890.

A. G. : Ménopause à 45 ans ; XIII pare.

Et. path. act. : Envies d'uriner fréquentes ; mictions douloureuses ; perte abondante avec caillots. Le col utérin présente un petit polype folliculaire ; le sang vient de l'urèthre ; incontinence ; paroi vésico-vaginale douloureuse ; tumeur du volume d'un petit œuf bien limitée, dure, arrondie, évoquant l'idée d'un fibrome que l'on croirait utérin, n'étaient les manifestations vésicales et son indépendance vis-à-vis de l'utérus.

Cystotomie (8 mai) : Dans la région du trigone, tumeur qu'on énuclée ; muqueuse rouge, congestionnée ; deux petites tumeurs du volume d'un pois et d'une noisette développées dans le tissu sous-muqueux aux environs de la masse principale. Guérison.

Diagnostic histologique confirmé : Myôme de la vessie.

1^{re} *Récidive* : Hématuries ; mictions fréquentes, incontinence.

Examen (19 août) : Ventre flasque ; éventration sus-pubienne ; urines renfermant des globules du pus sans hématies ; à gauche de la ligne médiane : tumeur du volume d'une mandarine arrondie, dure, mobile, douloureuse à la pression, débordant à droite la ligne ombilico-pubienne d'un travers de doigt, remplissant la fosse iliaque gauche, accolée à la partie gauche de la vessie, indépendante de l'utérus. Mictions très fréquentes (17 le jour, 14 la nuit), douloureuses vers la fin ; urines de densité 1.300, jaune pâle, mais louches (21 grammes d'urée).

Taille hypogastrique (22 août) : Tumeur sessile à gauche du tri-

gone, arrondie, régulière, non adhérente que l'on énuclée facilement. Guérison (20 septembre).

2° Récidive (avril 1892).

Examen : Partie inférieure de la cicatrice fistulisée ; mictions fréquentes, douloureuses ; pas d'hématuries ; état général bon ; hernie péritonéale au dessus de la fistule à travers la paroi musculo-aponévrotique. Masse dure, arrondie, lobulée, indolente, surtout développée à gauche jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, donnant la sensation d'un fibrome utérin, peu mobile transversalement, immobile de haut en bas. *Col et corps utérins refoulés en masse en arrière par la tumeur qui bombe dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; paroi vésico-vaginale intacte.*

Taille hypogastrique (12 avril 1892) : Tumeur occupant la région postérieure gauche de la vessie sur laquelle elle s'implante largement ; les parois vésicales postérieure et antérieure sont très épaissies.

3° Récidive (19 juillet) : A droite de la ligne médiane, au-dessus du pubis, ulcération elliptique large comme la paume de la main ; tumeur sous-jacente, jaune verdâtre, sphacélée, rejetant un ichor fétide mêlé d'urine, énorme, atteignant l'ombilic. Mort le 21 juillet 1892.

Autopsie : Tumeur lobulée, adhérente à l'épiploon, du volume d'une tête de fœtus à terme, saillante à travers l'ulcération abdominale ; 3 tumeurs secondaires, du volume d'une grosse mandarine, d'une noix, développées respectivement, les deux premières à gauche du fond de la vessie, la troisième au niveau de la lèvre inférieure droite de la plaie abdominale. La tumeur principale est développée aux dépens de la paroi postéro-supérieure du réservoir.

OBS. L. — *Myôme lymphangiectasique du ligament rond.*

In LÉOPOLD, *Arch. für Gynäk.* Bd., XV, Helt 3, 402, 1880.

Femme X..., 43 ans.

A. G. : II pare.

Et. path. act. : A constaté l'existence de la tumeur pour la première fois il y a 14 ans ; pendant longtemps celle-ci est restée stationnaire, puis elle a paru rétrocéder ; depuis un an elle a augmenté à nouveau, provoquant des douleurs de plus en plus fortes, surtout au moment des règles.

Examen : Abdomen rempli par une tumeur considérable, étendue du pubis à l'épigastre, adhérente à la paroi à droite, fluctuante en bas et en avant ; *utérus en rétroversion, peu mobile.*

Diagnostic clinique : Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Laparotomie : Tumeur très adhérente rendant la dissection impossible. Morcellement d'une partie de la tumeur.

Autopsie : Myôme lymphangiectasique du ligament rond droit (12 kilos) ; le ligament rond est transformé en un cordon long de 13 centimètres, épais au milieu, s'élargissant à mesure qu'il s'approchait de la tumeur.

OBS. LI. — *Fibro-myôme du ligament rond.*

In KLEINWACHTER, *Zeitschrift für Geburts. u. Gynaek.*, 1882.

VIII, 181. Citée par Delbet. *R. de Chir.*, 1896, p. 610.

Femme X..., 44 ans.

A. G. : V pare.

Et. path. act. : A débuté, il y a un an, à la suite d'un traumatisme sur le bas-ventre ; la tumeur s'est développée progressivement avec une augmentation plus rapide aux périodes menstruelles ; légères douleurs fugaces.

Examen : Tumeur volumineuse remplissant tout le petit bassin, mobile, du volume d'une tête d'enfant, refoulant l'utérus à droite et en arrière ; occupant le cul-de-sac antérieur, douloureuse quand on la mobilise, de consistance fibreuse.

Diagnostic clinique : Tumeur solide de l'ovaire droit.

Laparotomie : Fibrome du ligament rond (1.750 grammes), inséré sur le ligament par un pédicule de 15 centimètres, épais comme un crayon, implanté à 2 cent. 1/2 de l'origine utérine.

OBS. LII. — *Fibro-myôme du ligament rond.*

In DELBET ET HERESCO : Fibro-myômes du ligament rond, *R. de Chir.* 1896, p. 609.

Mme de B.,, 48 ans.

A. G. : Règles régulières, peu abondantes ; II pare.

Et. path. act. : Débute en 1891 ; la malade s'aperçoit par hasard que son ventre a grossi ; en 1893, quelques étouffements ; en 1894, la marche devient pénible, la tumeur croît rapidement, amaigrissement considérable ; incapacité de se baisser, difficulté de se lever après station assise, d'étendre les jambes dans le décubitus dorsal ; règles irrégulières ; après des retards de 2 à 3 mois les pertes sont plus abondantes ; douleurs dans le côté droit.

Examen : Tumeur saillante déformant l'abdomen, soulevant l'hy-

pogastre, les flancs, la région ombilicale et remontant à mi-chemin de l'ombilic à l'appendice xiphoïde ; solide, assez régulière de forme et de consistance ; cependant un léger étranglement sépare la tumeur en 2 lobes, le droit très volumineux ; pas de fluctuation ; mobile ; indolente ; *utérus* indépendant *refoulé à gauche et en arrière par la tumeur occupant le cul-de-sac antérieur et saillant à droite.*

Diagnostic clinique : Tumeur solide de l'ovaire droit.

Laparotomie : Tumeur violacée libre, appendue à un pédicule assez mince, mais étalé en longueur qui est le ligament rond ; trompe et ovaire sains ; petits kystes séreux en grappe sur le ligament large et sur le contour du détroit supérieur entre le ligament rond et le ligament infundibulo-pelvien. Fibro-myôme de la portion intra-abdominale du ligament rond.

OBS. LIII. — *Fibrome ou fibro-myôme prévésical développé aux dépens des fibres lisses de la cavité de Retzius.*

In BOUILLY : Thèse d'Agrégation, Paris, 1880, obs. III.

Femme M..., 45 ans 23 juillet 1878. Hôpital temporaire. Service du D^r Legroux.

A. G. : Réglée depuis 18 ans, régulièrement ; dysménorrhée ; stérile.

Et. path. act. : Il y a un mois pendant les règles au retour du lavoir, son écoulement s'arrête brusquement ; douleurs dans le ventre et vomissements ; quelques jours après l'écoulement reparait, mais ne cesse plus.

Examen : Tumeur inaperçue de la malade, située au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, du volume d'une tête de fœtus, de consistance dure, peu résistance, fibroïde, lisse et régulière, indolente à la pression ; on la limite aisément en déprimant autour d'elle la paroi abdominale et on peut la poursuivre avec l'extrémité des doigts derrière la symphyse du pubis. Prise en masse, elle est mobile transversalement.

Col très en arrière, mou, effacé. *En avant de lui se trouve la tumeur*, dont les mouvements sont transmis facilement à la main abdominale ; l'utérus est peu mobile, ses mouvements sont indépendants de ceux de la tumeur ; entre lui et le néoplasme le doigt reconnaît une place molle, dépressible, demi-fluctuante. Le cathéter se dirige presque verticalement et contourne la tumeur qui fait saillie dans le vagin. En effet, le doigt vaginal sent la sonde dans toute son étendue. La tumeur, indépendante de l'utérus, siège donc en

avant de la vessie probablement dans la cavité de Retzius. L'urine est un peu fétide, ammoniacale, malgré l'absence de troubles de la miction.

La perte cesse sous l'influence de piqûres d'ergotine. La tumeur diminue également ; quand la malade quitte l'hôpital le 20 août, la tumeur n'a plus à peine que le volume du poing, elle a d'ailleurs conservé tous ses caractères extérieurs de forme et de consistance.

OBS. LIV. — *Fibrome antérieur* (1).

E. LOUMEAU, *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1901.

Femme X..., 39 ans.

A. P. : Régulée normalement ; stérile. Mictions douloureuses dans l'enfance.

Il y a 3 ans, petit polype urétral sur le compte duquel on met les troubles vésicaux, mais dont l'extirpation demeure sans résultat.

Et. path. act. : Tiraillements constants vers l'urèthre, même en dehors des mictions, tantôt normales comme nombre, tantôt très fréquentes, revenant toutes les 10 à 15 minutes le jour, 5 à 6 fois la nuit, provoquées alors par de vives douleurs au col de la vessie et à l'hypogastre. Claires et limpides, les urines terminales deviennent sanguinolentes dès que les mictions se rapprochent et se font douloureuses.

Examen : Masse pâteuse du volume d'une orange dans la région vésicale, remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A l'examen cystoscopique sur la partie postéro-supérieure de la cavité vésicale, volumineuse tumeur recouverte par la muqueuse très congestionnée, mais lisse sans les saillies irrégulières qui caractérisent d'ordinaire les néoplasmes de la vessie.

Diagnostic. — Tumeur vésicale de la face postérieure.

Opération : Taille hypogastrique, vessie normale; le néoplasme est indépendant de la vessie et représente selon toute vraisemblance un fibrome sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'utérus.

OBS. LV (personnelle). — *Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus*.

Femme Alice Ch..., 33 ans. Hôpital Tenon, salle Delessert, service du Dr Lejars, 30 mai 1903.

(1) Nous ne transcrivons que quelques observations intéressantes de fibromes de la paroi antérieure; nous reculons, devant leur nombre considérable, à les transcrire toutes.

A. P. : Jamais malade, elle se rappelle cependant avoir eu quelques troubles vésicaux vers l'âge de huit ans, attribués à du spasme de la vessie.

A. G. : Réglée à 11 ans 1/2 : ses règles régulières n'ont jamais eu d'interruption depuis cet âge. Elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche. Ses dernières menstrues datent du 20 mai.

Et. path. act. : Sa maladie actuelle a débuté, il y a 8 ans, par des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant jusqu'à la région lombaire. Ses règles n'ont rien présenté d'anormal, sauf que parfois elle a perdu d'assez volumineux caillots. Entre temps, elle n'a jamais eu d'hémorrhagies, par contre elle a de la leucorrhée abondante et continue. De temps à autre, sans préciser les dates, elle a éprouvé des douleurs à la miction. Les douleurs pelviennes et lombaires sont sourdes et s'exagèrent par la fatigue et la station debout. Elle se plaint, en outre, d'une constipation opiniâtre et invincible. La malade avant son entrée à l'hôpital a été traitée par son médecin pour une cystite calculuse avec l'urotropine et des lavages antiseptiques.

Examen : Les poumons sont sains : à la région précordiale avec maximum d'intensité à droite, à la base du cœur, l'oreille perçoit au premier temps un souffle systolique qui présente le caractère des souffles anémiques. Les urines sont claires et ne renferment ni sucre, ni albumine. L'abdomen est d'apparence normale, la palpation ne donne que des renseignements négatifs : par le toucher joint à la palpation on délimite dans le cul-de-sac antérieur, à gauche, une masse fibromateuse très dure, du volume d'un gros œuf de dinde, dépendante de l'utérus en antéflexion, normal de dimensions, assez mobile d'avant en arrière, mais légèrement fixé à gauche par des adhérences probables. Le col n'est pas dévié.

Diagnostic : Fibrome avec antéflexion de l'utérus.

Laparotomie : Utérus fibromateux : un petit fibrome postérieur, deux fibromes, du volume d'une noix, antérieurs : un fibrome du volume d'un gros œuf de dinde remplissant le cul-de-sac antérieur développé au niveau de la corne de gauche, comprimant la partie interne de la trompe. Hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ablation des annexes restées saines, mais accolées à l'utérus ; suture vaginale à deux plans au catgut n° 1. Péritonisation au catgut n° 0. Réunion avec petit drain en raison d'adhérences épiptoïques nombreuses. Guérison.

OBS. LVI (personnelle). — *Fibro-myôme de l'utérus inclus dans le ligament large*

Femme Andrée Cl., 45 ans, couturière, 19 juin. Salle Delessert, hôpital Tenon, service du Dr Lejars, 1903.

A. P. : Dans son passé pathologique, elle retrouve une rougeole.

A. G. : Depuis l'âge de 11 ans 1/2, elle a toujours été réglée avec la plus grande régularité. Il y a 15 mois, elle fit une fausse-couche (?). Ses dernières menstrues datent de janvier 1903.

Et. path. act. : Il y a 4 mois, par hasard, elle a constaté dans le bas-ventre une tumeur assez volumineuse ; cette néoformation n'a jamais provoqué de douleurs proprement dites, néanmoins la malade éprouve dans l'abdomen une sensation de pesanteur qui gagne les cuisses vers le soir et ne disparaît qu'au repos au lit, pour reparaître dès les premiers pas au matin. Il n'y a pas de pertes blanches. La constipation est opiniâtre. Les urines sont claires sans pus, albumine, ni sucre, mais les mictions sont fréquentes, peu abondantes, suivies d'une exagération de l'impression continuelle de pesanteur dans le bas-ventre. Le cœur et les poumons sont sains. L'état général est bon, l'appétit moyen, la température normale.

Examen : L'abdomen au-dessus du pubis est globuleux, sillonné par un riche réseau veineux, tendu et luisant ; une tumeur occupe tout le petit bassin du côté droit, empiétant largement sur la fosse iliaque gauche, remontant en haut jusqu'à l'ombilic non hernié, arrondie et très dure à la palpation. Le col rigide est dirigé latéralement, l'orifice ouvert vers la droite ; le cul-de-sac postérieur libre est très profond, les culs-de-sac latéral droit et antérieur ont disparu, repoussés par la tumeur qui se présente immédiatement à la pulpe de l'index avec son caractère de communion probable avec la tumeur.

Diagnostic clinique : Fibro-myôme de l'utérus.

Hystérectomie supra-vaginale (2 juillet) : Fibrome enclavé dans le petit bassin, inclus dans le ligament large droit, développé aux dépens du corps à l'union de bord droit, très élargi et de la face antérieure ; la vessie est directement appliquée sur le devant du néoplasme, aplatie d'avant en arrière et légèrement déjetée sur la gauche ; légères adhérences que l'on déchire facilement avec le doigt ; énucléation ; section supra-vaginale ; suture du col à deux plans au catgut 1 ; péritonisation au catgut 0 ; à deux plans, au niveau du col ; réunion avec petit drain. Guérison 17 juillet 1903.

OBS. LVII. — *Tumeur fibro-kystique de l'utérus.*

In LEBEC : Thèse de Paris 1880. Obs. XX.

Examen : Tumeur hypogastrique plus volumineuse qu'une tête d'adulte, insensible, immobile ; large, élastique, globuleuse, se prolongeant sur la partie supérieure gauche du vagin ; fluctuante ; utérus agrandi, rétroversé ; 4 jours après l'exploration, symptômes péritonitiques. Morte de pneumonie.

Autopsie : Tumeur ayant la position d'une vessie très distendue, médiane, en avant et un peu à gauche de l'utérus fixé par ses adhérences au rectum, multiloculaire, qui n'est autre qu'un fibro-myôme interstitiel de la face antérieure de l'utérus ayant subi la dégénérescence mucoïde.

OBS. LVIII. — *Fibrome polykystique.*

In LEBEC : Thèse de Paris, 1880. Tum. fibro-kyst. de l'utérus)

Examen : Ventre très volumineux et régulièrement globuleux ; tumeur remontant jusqu'à l'épigastre ; peau et vascularisation normales ; dure dans sa moitié droite, la tumeur est manifestement fluctuante à gauche ; matité étendue dans les flancs à limite supérieure convexe ; vessie entraînée au-dessus du pubis et oblique d'avant en arrière.

Laparotomie : Fibro-myôme utérin prolykystique à partie droite fibromateuse pure développée aux dépens du fond de l'utérus et de sa face antérieure.

OBS. LX. — *Tumeur fibro-kystique de l'utérus.*

In LEBEC : Thèse de Paris, 1880, ex Atlée. Diagnostic of ovarian tumours. Obs. XLIII.

Femme A. S..., 42 ans.

A. G. : Règles régulières douloureuses ; IV pare ; depuis plusieurs années, sensation de pesanteur et quelquefois douleurs dans le bas ventre ; en mars 1859, soupçons de grossesse disparaissant pour laisser croire à une hydropisie utérine, puis à une môle hydatiforme.

Examen : Abdomen régulièrement volumineux ; matité sus-ombilicale régulière ; utérus en arrière contre le sacrum.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire.

Laparotomie : Kyste à 2 poches inégales contenant un liquide dense et visqueux, à gauche et en avant de la trompe de Fallope, rattaché au fond de l'utérus par un pédicule très court, épais, charnu, de consistance fibreuse.

Diagnostic opératoire : Fibrome kystique.

OBS. LXI. — *Fibrome kystique rompu dans le péritoine.*

In BOUILLY : Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus : Gynécologie, 1897 ; citée par Demantké : Thèse de Paris, 1897, et par Fossard : Thèse de Paris, 1901.

Femme T.... 46 ans, 26 août 1892, Hôpital Cochin : service du Dr Bouilly.

A. G. : Bien constituée ; II pare ; il y a 2 ans, à l'occasion de légères douleurs abdominales, elle a constaté une augmentation de volume de l'abdomen.

Examen : Abdomen énorme (1^m40 de circonférence au niveau de l'ombilic ; 0^m40 du pubis à l'ombilic ; 0^m30 de l'ombilic à l'appendice xiphoïde), étalé au niveau des flancs en ventre de batracien ; matité et fluctuation très appréciables : ascite considérable recouvrant une tumeur sous-jacente ; cicatrice ombilicale distendue ; paroi abdominale infiltrée, présentant de grosses varices lymphatiques.

Laparotomie : 4 mai 1892. A l'incision, 10 litres environ s'évacuent d'un liquide rougeâtre que l'on retrouve dans une poche du volume d'une tête de fœtus, inhérente à un gros fibrome sous-jacent gros comme une tête d'adulte, implanté sur la face antérieure et sur le fond de l'utérus ; à la partie gauche et supérieure de la poche, on découvre une cicatrice ancienne de 0^m07 linéaire ; hydrosalpinx droit. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

OBS. LXII. — *Fibrome kystique de la paroi antérieure.*

In thèse de Pavlitis. Fibromes kystiques de l'utérus.
Montpellier, 1900.

A. G. : Femme Fanny R..., 49 ans, stérile ; règles régulières jusqu'à 40 ans ; il y a 6 mois, crises douloureuses avec nausées, ballonnement du ventre ; tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme.

Et. path. act. : (Tédenat). Utérus un peu augmenté de volume indépendamment de tumeur située en avant de lui, en rétroversion légère.

Diagnostic clinique : Kyste dermoïde, justifié, semble-t-il, par sa situation antérieure et les poussées douloureuses.

Laparotomie : Tumeur à contenu visqueux, brun fonté, à 6 loges irrégulières, adhérente à l'épiploon ; pédicule long de 5 centimètres, large de 2 centimètres, tordu sur lui-même, fixant la tumeur à la face antérieure de l'utérus, un peu en avant de la trompe droite ; pyosalpinx droit et kyste hématique de l'ovaire correspondant. Guérison.

OBS. LXIII. — *Fibrome kystique antérieur.*

In FEHLING et LÉOPOLD : *Ark. für Gynaek.*, p. 531.

Femme X..., 37 ans.

A. G. : Réglée à 17 ans, très irrégulièrement avec abondance et douleurs ; fausse-couche de 2 mois (?) ; depuis, pertes très abondantes ; à 33 ans, pelvi-péritonite ; à cette époque, une tumeur apparaît au niveau de l'utérus.

Examen : Ventre augmenté de volume par une tumeur ovoïde remontant jusqu'aux fausses-côtes, élastique ou fluctuante, selon les points examinés ; col béant ; *cul-de-sac antérieur très abaissé par une tumeur fluctuante se continuant avec la lèvre antérieure du col* ; cul-de-sac postérieur irrégulier à la palpation avec parties molles ou dures ; culs-de-sac latéraux libres ; fluctuation transmissible du cul-de-sac antérieur à la paroi abdominale.

Diagnostic clinique : Fibro-myôme utérin avec ramollissement kystique, (vérifié à l'autopsie). Morte d'embolie pulmonaire d'origine infectieuse.

OBS. LIX. — *Myôme kystique de l'utérus.*

In MYTLAKOWSKI : *Gazetta Lekarska*, n^{os} 47, citée dans la thèse de Pavlitis. Montpellier 1900.)

Femme de 34 ans ; *tumeur abdominale*, peu fluctuante, presque immobile, débordant la symphyse de 0.26 centimètres, *située entre la face antérieure de l'utérus et la vessie* ; c'est un myôme kystique développé aux dépens du fond et du haut de la face postérieure.

OBS. LXIV. — *Fibrome suppuré.*

In Thèse de BERNANDEAUX (Boiscredon), 1857-58.

Tumeur du volume d'une pomme implantée sur la lèvre anté-

rière du col et se confondant avec la face antérieure de l'utérus. Fibrome creusé en son centre d'une cavité remplie de pus. Sur la face antérieure, plusieurs orifices donnent issue à du pus sanieux qui s'écoule dans la cavité abdominale.

OBS. LXV. — *Fibrome suppuré.*

HUGIER, in *Bulletin Soc. Chir.*, 57. 58, t. VIII, p. 92, citée in Thèse de GUÉRY.

Femme Marie Ch..., 41 ans, cuisinière, 31 juillet 1857.

A. G. : X père ; douleurs très vives dans le ventre depuis une fausse-couche de 2 mois en mai.

Examen : Tumeur dans le bas-ventre du volume d'une tête de fœtus à terme, fluctuante, semblant faire corps avec l'utérus, et antérieure par rapport à l'utérus, faisant saillie dans le vagin. La sonde vésicale se dirige en arrière et en bas vers le coccyx, ce qui donne à croire que la tumeur est située entre la paroi abdominale et la vessie aplatie, refoulée en arrière d'elle et tapissant sa paroi inférieure. L'utérus est légèrement rétroversé.

Diagnostic : Collection puruleuse pelvienne en raison des élanements douloureux. Mort par péritonite aiguë généralisée, du fait de la rupture dans la cavité péritonéale de la poche diminuée de volume.

Autopsie : Tumeur grosse comme une tête d'enfant de 5 ans, ovulaire, simulant une vessie distendue médiane, remplissant le petit bassin, libre à la paroi abdominale, mais adhérente en haut à l'intestin grêle. En arrière, un verre de pus environ a pénétré dans la cavité péritonéale par une perforation de la poche large comme une pièce de 50 centimes et une plus petite de 2 millimètres de diamètre. *Fibrome polykystique suppuré formé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus* qui s'est dédoublée. La vessie est déjetée à gauche.

OBS. LXVI. — *Fibrome suppuré et pyosalpinx double.*

In LASNIER : Thèse de Bordeaux, 1898. Obs. XVIII. Citée par Guéry ; Thèse de Paris 1901. Etude sur la suppuration des fibro-myômes utérins. Obs. X.

Femme Marie-Louise X..., 58 ans.

A. G. : Réglée régulièrement à 13 ans ; pertes blanches ; stérile. Il y a 10 ans, extraction d'un polype utérin ; à la suite de cette opération, phlébite de la jambe gauche qui l'immobilisa pendant 3 mois ; ménopause il y a 3 ans. En juin 1897, métrorrhagie abon-

dante pendant 10 jours ; état général grave. Le 20 juillet 1897, métorrhagie plus grave encore, la malade est exsangue. Sous l'influence de l'électrisation, les hémorrhagies rétrocedent : pertes fluides jaune rougeâtre devenues depuis 3 semaines fétides et saigneuses.

Et. path. act : (18 décembre 1897). Etat cachectique ; douleurs dans le bas ventre avec de nombreuses irradiations ; diarrhée depuis 6 jours.

Examen physique : A la suite de l'électrolyse survient une grosse perte de pus durant 3 ou 4 jours, suivie de l'apparition d'une grosse masse inflammatoire en avant de l'utérus et de phénomènes péritonéaux. A la vulve, vaste érythème propagé aux cuisses dû aux pertes puruleuses abondantes. La palpation est douloureuse, la pression un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic provoque l'écoulement de pus par la vulve ; le ventre est dur, empâté, mais sans zone de matité ; au toucher, le col est très en arrière, mou, entr'ouvert ; à la *partie antérieure de l'utérus*, grosse masse inflammatoire ; le col est peu saillant ; les lèvres sont en ectropion et exulcérées ; la pression de l'abdomen fait sourdre du pus par l'orifice cervical ; la cavité utérine donne 85 millimètres à l'hystéromètre.

(16 janvier). On délimite une masse dans la fosse iliaque gauche dont une portion très dure vient saillir à la peau ; jusqu'au 25 janvier, alternatives d'hémorrhagies peu considérables et de débâcles purulentes fétides, la masse arrondie et presque fluctuante présente les caractères d'un abcès pelvien.

Laparotomie : (16 février. Prof. Boursier) Masse du volume d'une tête de fœtus, à consistance pseudo-fluctuante qui est un fibrome ; à gauche, la portion spongieuse est remplie de pus.

Autopsie : Fibrome ramolli, fongueux, creusé de cavités anfractueuses remplies de pus et de débris sphacelés ; vaste cavité centrale à caillots purulents. Pas de péritonite. Pyosalpinx double.

OBS. LXVII. — *Kyste hydatique de l'ovaire gauche.*

IN CORRIGAN. *The Dublin quat. Journ. of Med. Sc.* T. I, 1846, p. 519, citée par Le Nadan : Thèse de Bordeaux, 1896.

Femme X... atteinte de tumeur de l'ovaire et présentant de l'ascite ; ponction ; péritonite au bout de quelques jours ; mort.

Autopsie : Liquide séreux et lymphique ; tumeur hypogastrique développée aux dépens de l'ovaire contenant de nombreuses poches d'acéphalocystes ; *utérus en arrière, normal* ; fausses membranes péritonéales ; nombreux acéphalocystes entre le foie et le diaphragme.

OBS. LXVIII. — *Kyste hydatique rétro-vésical.*

In G. GETTEN : Thèse de Paris, 1898. Cont. à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésicaux (Vauzelle).

Kystes hydatiques enlevés par laparotomie chez une femme qui se plaignait de douleurs abdominales et de mictions fréquentes. *Une masse hydatique*, grosse comme le poing, *occupe le tissu cellulaire rétro-vésical* et comprime la vessie ; une autre masse est accolée à l'ovaire gauche qui, lui-même, est farci de petits kystes hydatiques ; en plein épiploon, une grande quantité de kystes de petit volume.

OBS. LXIX. — *Kyste hydatique du ligament large.*

In BOURSIER : *Gynécologie*, 1900, p. 146. Obs. II, due à Pousson communiquée au XIII^e Congrès International des Sc. Med. (Bordeaux.)

Femme X..., 23 ans. 1899. Service du D^r Pousson.

A. G. : V pare ; à plusieurs reprises, accidents de rétention urinaire toujours terminés spontanément sans cathétérisme ; en août, le cathétérisme intervient pour une crise nouvelle de rétention.

Et. path. act. : Ventre saillant occupé par une tumeur arrondie, proéminente au-dessus du pubis et plongeant dans le bassin, ignorée de la malade ; très consistante au toucher, grosse comme une tête de fœtus à terme, *située dans le cul-de-sac antérieur*, refoulant l'utérus en arrière, semblant lui adhérer et suivre ses mouvements ; sous le chloroforme ces signes disparaissent car la tumeur quitte le bassin et remonte vers l'abdomen.

Laparotomie : Kyste pédiculé attaché au ligament large gauche à paroi blanchâtre, amorphe, de contenu incolore. Guérison ; mais la miction est lente à recouvrer ses caractères de régularité.

OBS. LXX. — *Kyste séreux de la face postérieure de la vessie.*

In SEGOND : Congrès français de Chirurgie, 1891. *Revue de Chirurgie*, p. 413.

Femme X..., 30 ans.

Et. path. act. : Souffre depuis 5 ans ; métrorrhagies profuses ; rétroflexion adhérente avec salpingite double ; petite tumeur lisse très dure, mobile avec les mouvements de l'utérus ; pas de symptômes vésicaux.

Diagnostic clinique : Fibrome pédiculé du fond de l'utérus.

Hystérectomie vaginale : Utérus normal ; tumeur adhérente à la paroi postérieure de la vessie ; kyste citrin, à parois régulières de consistance fibreuse, adhérentes aux fibres musculaires de la paroi vésicale.

OBS. LXXI. — *Kyste dermoïde de l'ovaire.*

In LARRIVÉ : Lyon, 1880. Citée in JULIET. Thèse de Lyon, 1894-95.
Femme Fr. D..., 33 ans.

A. G. : Réglée régulièrement ; 1 pare à 24 ans ; à 27 ans, douleurs dorso-lombaires atroces, inexpliquées ; depuis un an, douleurs très vives à l'hypogastre et dans la région lombaire ; constipation très opiniâtre ; mictions normales ; mais marche très pénible.

Et. path. act. : Douleurs abdominales et lombaires ; pression hypogastrique pénible.

Examen : Utérus fixé en rétroversion très marquée ; tumeur ovoïde, régulière, grosse comme une orange, en arrière du pubis.

Ponction suivie d'opération : Kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

OBS. LXXII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire.*

In thèse de DERIEN, Paris, 1893. Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Obs. IV, p. 41. Ext. de la thèse de REPIN. Paris, 1892.

Femme X..., 35 ans.

A. G. : Réglée à 12 ans régulièrement ; stérile. Il y a 3 ans 1/2, 6 mois avant son mariage, vives douleurs dans l'abdomen. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur qui n'a cessé de s'accroître depuis cette époque sans influencer, d'ailleurs, les règles toujours peu abondantes.

Examen : Tumeur à peu près médiane, du volume d'une tête de fœtus, lisse, arrondie, fluctuante ; col petit, conique ; utérus rétroversé ; corps dans le cul-de-sac postérieur ; la tumeur, au contraire, fait saillie dans le cul-de-sac antérieur, les mouvements se communiquent de la masse à l'utérus ; la pression est légèrement douloureuse.

Laparotomie : Kyste dermoïde de l'ovaire développé dans le ligament large, adhérent au péritoine du bassin gauche, adhérent aux organes voisins ; la moitié externe et le pavillon de la trompe sont accolés intimement à la face antérieure de la tumeur ; le contenu est huileux et l'on y rencontre des cheveux fins, des os et des dents, un massif osseux enkysté, surmonté de trois dents, vestige d'un embryon.

OBS. LXXIII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire droit.*

In E. LESOURD : Thèse de Paris. 1894. Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. Obs. du Dr Guinard.

Femme Marie L..., 30 ans. Salle Elisa Roy. Hôpital Lariboisière, Dr Peyrot.

A. G. : Réglée à 17 ans, régulièrement.

Et. path. act. : Il y a 5 ans, douleurs dans la fosse iliaque droite bientôt généralisées dans tout le ventre survenant par crises aiguës sur un fond constant de douleur sourde ; menstruation irrégulière ; règles très abondantes de 8 jours ; pollakiurie diurne ; pas de constipation.

Examen : Tumeur dure, non bosselée, très mobile, médiane, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic ; mate ; col petit, allongé ; *utérus mobile refoulé en arrière* ; culs-de-sac latéraux libres.

Diagnostic clinique : Kyste dermoïde de l'ovaire,

Laparotomie : Kyste adhérent multiloculaire renfermant dans ses loges des cheveux. 8 à 10 papilles dentaires molles, 6 à 7 dents, une plaque osseuse maxillaire inférieur rudimentaire.

OBS. LXXIV. — *Endothéliome de l'ovaire.*

In BROUHA : Contribution à l'étude des endothéliomes de l'ovaire.

Revue de Gynécol. 1900, n° 5, p. 435.

Femme T..., 47 ans, ménagère.

A. G. : Réglée à 17 ans, régulièrement toutes les 3 semaines. VII pare (août 1892). Depuis quelque temps, douleurs dans le bas-ventre, à l'hypogastre.

Et. path. act. : Etat général bon ; dernières règles le 25 novembre 1899 ; légère leucorrhée ; ventre modérément distendu ; paroi abdominale flasque et amincie ; au-dessous du pubis, à droite de la ligne médiane, tumeur dure, mobile, à surface bosselée, assez douloureuse à la pression, débordant de 3 centimètres le ligament de Poupert. et plongeant dans le petit bassin ; pas d'épanchement séreux perceptible.

Examen : Tumeur occupant l'espace vésico-utérin, refoulant en arrière la matrice dont elle semble tout à fait indépédante ; utérus petit, mobile, à col légèrement érodé.

Diagnostic : Tumeur solide (?) de l'ovaire droit.

Laparotomie : (3 oct. 1899, Fraipont). Tumeur du volume d'un

fœtus de 6 mois, sphérique à 2 lobes, l'un fluctuant, l'autre solide : trompe accolée à la paroi du lobe fluctuant, distendue à la partie externe par de la sérosité claire ; liquide de la tumeur molle jaune-brun, baignant un conglomérat brun-noir de cheveux agglutinés par un sébum épais ; lobe dur, d'aspect inéduillaire à la coupe, creusé en son centre d'une vacuole remplie d'un noyau gélatini-forme jaune-ambré. Le tout est entouré d'une capsule fibreuse. Kyste dermoïde de l'ovaire combiné à la dégénérescence du tissu de cet organe qui reproduit, suivant les points, la texture du cancer et du sarcome, et provient de la dégénérescence de l'endothélium et des fentes lymphatiques : endothéliome de l'ovaire.

OBS. LXXV. — *Kyste dermoïde suppuré ouvert dans la vessie.*

In HERMANN : *Translation of the Obstetric. Soc. of London*, 1885, page 272.

Femme X.... 44 ans.

A. G. : Régulée à 14 ans ; XI pare, 3 fausses-couches ; dernier enfant né à 7 mois.

Et. path. act. : Souffre depuis 3 semaines ; urines laiteuses, ci-reuses par refroidissement ; miction douloureuse.

Examen : Tumeur abdominale médiane au-dessus du bassin, plus près de l'ombilic que du pubis : région hypogastrique sensible ; *masse en avant de l'utérus* séparée du col par un sillon ; utérus complètement fixé : mouvements du col non transmissibles à la tumeur ; urines contenant du pus et des matières grasses ; au toucher vésical, dépression de la paroi postérieure dans laquelle une sonde pénètre d'un pouce.

Cystotomie vaginale : Elargissement de la fistule, lavage et drainage de la cavité : la paroi intérieure du kyste était rugueuse et semée de noyaux donnant la sensation de fragments osseux.

2^e *Cystotomie vaginale* : La cavité n'est guère plus grosse qu'une châtaigne. Guérison après cicatrisation d'une fistule vésico-vaginale.

OBS. LXXVI. — *Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans la vessie.*

In P. LE GENDRE : *Sem. Gynéc. 1896*, p. 349, extraite de la *Gazette des Hôpitaux*, 26 novembre 1896.

Mlle B..., 48 ans, entre à l'hôpital pour une cystite purulente consécutive à une fièvre typhoïde : au cours de son état fébrile ap-

paraissent des symptômes vésicaux : les mictions sont douloureuses, répétées, suivies d'épreintes ; les urines sont peu abondantes (6 à 800 grammes par jour), jaune foncé, boueuses, fétides, à sédiment très riche en globules du pus, mais il n'y a pas d'hématuries.

Examen : Les signes physiques sont peu nets ; la région hypogastrique est facilement dépressible, sans douleurs ni résistance ; cependant, à la palpation profonde, on perçoit un empâtement mal limité, surtout à droite de la ligne médiane, s'arrêtant à mi-chemin du pubis à l'ombilic. Quoique l'hymen soit très résistant, on sent *une saillie légère de la paroi vaginale antérieure*. La séro-diagnostic de Widal est négatif : l'état typhoïde persiste pendant tout le mois d'octobre. La température s'élève à plusieurs reprises à 39°5. Le traitement de la cystite reste inefficace et les lavages antiseptiques augmentent les douleurs. Le 9 novembre, survient une miction impérieuse : la malade expulse difficilement une masse solide, après quoi, se produit un soulagement remarquable, la fièvre tombe : dans les urines purulentes flottent de petits poils blonds de 2 à 3 centimètres, analogues à des cheveux et dans l'urinal se dépose une matière sébacée putrilagineuse, feutrée de petits poils blonds émoussés. Kyste dermoïde du volume d'une orange, adhérent à l'utérus, à la vessie, à l'intestin, à contenu putride d'odeur infecte.

OBS. LXXVII. — *Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche.*

In COMMANDEUR : 4 observations de kystes de l'ovaire suppurés.
Sem. Gynécologie, 1898, p. 371.

Femme Louise A.... 30 ans, ménagère, 13 juin 1898. Charité de Lyon.

A. G. : Réglée à 12 ans; régulièrement ; 1 pare. Il y a un an, douleurs violentes en dehors de la période menstruelle. Malgré des pertes persistantes, un médecin diagnostique tumeur et grossesse ; douleurs continuelles irradiées vers la région ombilicale ; pas de métrite-vaginite, pas de leucorrhée ; gêne dans la miction à intervalles très irréguliers.

Examen : Ventre augmenté de volume, moins gros cependant qu'il y a un an au dire de la malade ; tumeur médiane débordant sur la gauche, occupant la région sous-ombilicale, du volume d'un utérus gravide de 5 mois ; utérus en rétroversion très accentuée. *En avant de lui, la tumeur se prolonge plus à gauche qu'à droite*, très facilement perceptible par le cul-de-sac vaginal antérieur,

molle, fluctuante, mate à la percussion sauf dans une zone mince supérieure, où l'on perçoit la sonorité intestinale en avant d'elle, fixe ; état cachectique prononcé, mais pas de fièvre.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire adhérent par places aux anses intestinales.

Laparotomie : Epiploon adhérent à la face antérieure de la tumeur ; adhérences faibles en bas, très solides en haut où les anses intestinales forment cornette sur la face supérieure de la tumeur ; ponction du kyste rempli d'un liquide purulent très fétide dans lequel on trouve des cheveux et des dents ; les adhérences cloisonnent la cavité abdominale en 2 poches qui communiquent entre elles par une ouverture située en haut et à droite. Guérison.

OBS. LXXVIII. — *Fibro-myôme à pédicule tordu.*

In PLANQUE : Thèse de Paris 1896-97. Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. Obs. due à Imbert.

Femme Madeleine B..., 40 ans, Hôpital Suburbain de Montpellier. Service du Dr Tedenat, 3 novembre 1891.

A. G. : Réglée à 13 ans, régulièrement ; II pare.

Ét. path. act. : Il y a 3 mois, légère douleur dans le côté droit ; depuis 15 jours, elle a disparu : état général satisfaisant : ventre du volume d'un utérus gravide de 3 mois : tumeur presque médiane débordant plus à droite qu'à gauche, correspondant à une *masse solide qu'on sent dans le cul de sac antérieur* et qui en suit les mouvements.

Laparotomie : Fibro-myôme à cavité centrale ramollie probablement sarcomateuse du volume d'une tête d'adulte : le pédicule large de plusieurs centimètres est formé par l'utérus élongé et tordu sur lui-même ; la trompe et l'ovaire droit kystiques sont accolés à la tumeur.

OBS. LXXIX. — *Fibrome à pédicule tordu.*

In PLANQUE : Thèse de Paris, 1896-97. Cont. à l'ét. de la torsion des fibromes utérins. Obs. due à Heurteaux et empruntée à Macé. (Thèse de Paris, 1895-96.)

Mlle A..., 48 ans.

A. G. : Règles normales ; depuis 1889, crises douloureuses irrégulières, s'espçant jusqu'en 1892 : 15 à 16 crises en 3 ans, sans relation avec l'époque des règles ; caractérisées par une douleur vive

dans la région de l'ovaire gauche et s'accompagnant de nausées, de vomissements, de constipation, de dysurie et de fièvre légère ; la dernière crise en 1893, plus violente, provoque de la péritonite circonscrite.

Examen : (Janvier 1893) A la partie moyenne de l'hypogastre, tumeur plus grosse que les deux poings, immobile, non fluctuante, un peu douloureuse à gauche ; elle est en avant du col utérin ; les mic-tions sont répétées.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu, les crises correspondant à la torsion légère et passagère de ce pédicule.

Laparotomie : Fibro-myôme infiltré, peu adhérent, inséré à la corne gauche utérine par un pédicule gros comme l'index, long de 6 centimètres, présentant un tour complet de torsion de droite à gauche.

OBS. LXXX. — *Fibro-myôme utérin, sous-péritonéal, à pédicule tordu.*

In LANNELONGUE et VITRAC : Variété rare de fibro-myôme utérin sous-péritonéal avec torsion du pédicule, etc. Broch. in-8° 1898.

Femme X..., 57 ans.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement ; ménopause à 45 ans ; expulsion d'un polype utérin l'année suivante ; 2 ans après, le ventre augmente de volume dans la région sous-ombilicale ; en septembre 1896, crise de 5 jours avec vomissements, sensibilité très accusée dans tout le ventre, plus nette au niveau de la tumeur, coliques pénibles.

Examen : 28 novembre 1896. Ventre à voussure assez régulière d'apparence, s'arrêtant à 2 travers de doigt de l'ombilic placé dans l'échancrure d'une masse sous-jacente bilobée, de mobilité très obtuse ; de consistance ferme, élastique dans l'ensemble, rénitente, fluctuante à 4 doigts du pubis, régulière : matité dans toute la région saillante et dure ; sonorité dans la zone ombilicale et dans les flancs ; col normal ; corps non augmenté de volume dévié en avant et un peu sur la droite ; culs-de-sac postérieur et gauche libres ; culs-de-sac antérieur et droit saillants, de consistance élastique ; les mouvements d'abaissement de l'utérus se transmettent bien au col, mais ceux d'élévation et de latéralité ne modifient pas sensiblement la position de la portion cervicale ; 6 centimètres à l'hystéromètre.

Laparotomie : (3 Déc. 1899) Epiploon épaissi, intestin grêle, appendice adhérents à la tumeur lisse, uniforme, dure, de 5 kil. 300, à

grand axe longitudinal et médian, plongeant dans l'excavation, insérée par un pédicule à la partie supérieure d'un utérus petit, mobile, paraissant indépendant ; pédicule long de 3 doigts, aplati, peu résistant, à sillons parallèles, en spirales, traces de torsion de gauche à droite d'un demi-tour ; à sa face antérieure, ovaire kystique et trompe correspondante ; à sa face postérieure, annexes opposées, le groupe antérieur s'insérant au bord droit, le postérieur au bord gauche ; les annexes se sont donc enroulées autour du pédicule dans un égal mouvement de gauche à droite. Guérison après myômectomie.

OBS. LXXXI. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche à pédicule tordu.*

Obs. du professeur BOURSIER. Congrès de Chirurgie, 6^e Session, Paris, 1892.

Femme Marie G..., cultivatrice, 33 ans.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement ; 1 pare ; douleurs très vives intermittentes dans le bas-ventre : en mars 1889, en dehors de la période menstruelle, brusquement, sans traumatisme, douleurs atroces dans l'hypogastre s'irradiant vers la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, de constipation mais athermiques. A droite de l'utérus, tumeur grosse comme une orange, arrondie, lisse, résistante et molle ; en mars 1890, en décembre 1890, nouvelles crises ; en août 1891, crise plus violente que les précédentes, survenue à la suite d'un effort ; ventre très ballonné, vomissements très abondants, porracés, fièvre légère mais tenace.

Et. path. act. : Tumeur mobile à déplacement douloureux, indépendante de la paroi abdominale, arrondie, lisse, élastique, résistante, mate, s'enfonçant par son extrémité inférieure dans la profondeur du bassin ; utérus en latéro-version gauche, abaissé ; cul-de-sac antéro-latéral droit élargi, déprimé par une masse arrondie lisse, élastique, dont la fluctuation est évidente ; la tumeur est du volume d'une tête de fœtus à terme, elle repousse la vessie vers la gauche, l'utérus dont elle est indépendante en arrière.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire gauche malgré sa situation à droite de la ligne médiane, à pédicule tordu ; utérus en légère rotation, le bord gauche en avant. Guérison.

OBS. LXXXII. — *Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.*

In VANVERTS : *Bull. Soc. Anat.*, 1896, p. 642, citée dans *Revue de Gynécologie*, 1902, n° 2.

Femme X..... Hôpital Saint-Antoine, service du D^r Monod, 16 juillet 1896.

A. G. : Réglée régulièrement ; nullipare.

Et. path. act. : Depuis 15 jours, son ventre a augmenté de volume ; le 6 juillet : douleurs abdominales accompagnées de vomissements qui s'amendent par le repos.

Examen : Ventre peu proéminent, occupé par une tumeur fluctuante, arrondie, régulièrement médiane, atteignant en haut l'ombilic, plongeant dans le petit bassin, faisant une saillie très accentuée qu'on sent aisément par le cul-de-sac vaginal antérieur ; utérus fortement rétrofléchi ; entre la face postérieure de cet organe et le fond du cul-de-sac de Douglas, on trouve sur la ligne médiane une petite tumeur arrondie, du volume d'une noix, qui semble kystique.

Diagnostic clinique : Kyste bilatéral de l'ovaire avec torsion probable.

Laparotomie (D^r Arrou) : Tumeur du volume d'une tête d'enfant, lisse, sans adhérences ; trompe réunie par un feuillet membraneux ; pas d'ovaire à la surface ; pédicule très long, tordu deux fois sur lui-même ; kyste biloculaire renfermant de la matière sébacée, des cheveux, une pièce osseuse à dents implantées ; un second kyste gros comme un œuf de pigeon renferme également de la matière sébacée, des cheveux, une dent. Double ligature à la soie. Guérison.

OBS. LXXXIII. — *Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.*

In MOUTHON : Thèse de Paris, 1897. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. Obs. VIII.

Femme Blanche N..., 22 ans. 27 novembre 1896, service du D^r Marchand.

A. G. : Réglée à 13 ans, régulièrement et sans douleurs.

Et. path. act. : En 1894, accouchement à terme ; depuis, vives douleurs dans la fosse iliaque droite survenant par crises d'un à plusieurs jours ; règles toujours normales ; bon état général ; constipation habituelle.

Examen : Tumeur hypogastrique, médiane, du volume d'une grosse orange remontant à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse ; vessie non distendue ; en arrière du pubis, saillie vaginale

antérieure ; utérus en arrière, semblant faire corps avec la tumeur limitée, rénitente et mobile ; utérus petit, appliqué par son bord supérieur sur le rectum.

Laparotomie : Kyste adhérent à l'épiploon, gros comme les 2 poings, à contenu noirâtre ; pédicule long de 6 à 7 centimètres tordu complètement, de dedans en dehors, de 3 tours de spire.

Obs. LXXXIV. — *Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.*

In SEVENO : Thèse de Bordeaux, 1897. Cont. à l'ét. des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Obs. XV extraite de Thèse de Guichard. (Pollosson.) Lyon 1895.

Femme R. S....., 30 ans.

A. G. : Réglée à 19 ans, régulièrement, II pare.

Et. path. act. : Il y a 3 ans, douleurs abdominales intermittentes au moment des règles : calmées, elles sont revenues avec plus de violence, il y a 1 an, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux ; ces signes disparaissent vers le milieu d'une grossesse ; ce n'est qu'après l'accouchement qu'on se rend compte de l'existence d'une tumeur. En 1895, les douleurs et les vomissements reparaissent.

Examen : Tumeur rénitente, du volume d'une tête de fœtus, à peu près médiane ; utérus en rétroversion, refoulé en arrière par une masse qui plonge dans le cul-de-sac antérieur en le distendant, indépendant, fluctuante, mais fixée par sa partie inférieure.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Laparotomie : Kyste fixé à corne gauche de l'utérus, par pédicule tuméfié et congestionné, tordu. Guérison.

Obs. LXXXV. - *Kyste de l'ovaire à pédicule rompu par torsion.*

In KISSELOFF : Thèse de Paris, 1897. Cont. à l'ét. de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Femme Augustine L....., 38 ans, 10 février 1896. Hôpital Cochin, service du D^r Schwartz.

A. G. : Règles régulières ; il y a 4 mois, à la suite d'un accouchement très pénible, fièvre, accidents péritonitiques. Les règles n'ont pas encore reparu.

Examen : Tumeur fluctuante, inaperçue de la malade avant son accouchement : culs de sac effacés : la tumeur médiane semble se

continuer avec le col ; la fluctation se transmet dans le cul-de-sac antérieur ; col long. Pas de temp.

Laparotomie. Ponction : 2 litres de pus grumeleux ; poche unique, à parois très épaisses, développée aux dépens des annexes droites ; pédicule rompu à la suite de sa torsion.

OBS. LXXXVI. — *Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.*

In P. BARON : Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, 1898
Observation VI.

Femme Louise B. ... 22 ans, nourrice, 9 février 1894. Hôpital Cochin, service du Dr Bouilly.

A. G. : Régulée à 13 ans ; un enfant il y a 1 an ; depuis 6 mois, fortes coliques tous les 4 à 5 jours et leucorrhée.

Et. path. act. (28 janvier) : Douleurs brusques dans le bas-ventre avec nausées, mais sans vomissements ; fièvre légère, 38°.

Examen : Utérus en arrière ; masse en partie fluctuante en avant de lui, médiane, mobile avec l'utérus.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Laparotomie : Tumeur adhérente à la paroi contenant environ 2 litres d'un liquide sanguinolent ; kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu une fois sur lui-même de gauche à droite. Guérison.

OBS. LXXXVII. — *Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.*

In thèse de P. BARON : Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, Paris, 1898 (Obs. XVIII) ; citée par LEJARS, in *Chirurgie d'urgence*, page 406.

Femme X....., 23 ans.

Et. path. act. : Enceinte de 3 mois, elle est prise le 7 janvier 1893, en pleine santé, de violentes douleurs, de vomissements alimentaires, bilieux, incessants, jusqu'au 11 janvier.

1^{er} *Diagnostic clinique* : Péritonite, pérityphlite ? Traitement d'attente (12 janvier 1893). Faciès hippocratique, pouls petit, météorisme sous-ombilical. Syndrôme de péritonite aiguë généralisée.

Examen : Tumeur médiane hypogastrique, débordant à droite, remontant jusqu'à l'ombilic, fluctuante, très douloureuse, immobile, dont on constate également la présence dans le cul-de-sac antérieur. En arrière, seconde tumeur moins élevée, inclinée à droite, continuée par le col de l'utérus.

2^e *Diagnostic clinique* : Utérus gravide en arrière et à droite ; kyste en avant, sur la ligne médiane, à pédicule tordu.

Laparotomie : Kyste infiltré plein au 3/4 de liquide sanguinolent ; pédicule très court, tordu une fois et demie de droite à gauche, infiltré de sang. Guérison.

OBS. LXXXVIII. *Kyste parovarien droit à pédicule tordu.*

In BARON : Thèse de Paris 1898. Tors. du péd. des kystes de l'ovaire. Obs. VII.

Femme Joséphine D....., 29 ans, 27 février 1894.

A. G. : Réglée à 14 ans, régulièrement ; III pare.

Et. path. act. (5 février) : Douleur très violente dans la nuit, inexpliquée, dans la région lombaire et le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse droite et jusque dans l'aisselle du même côté ; vomissements. (21 février) les règles paraissent.

Examen : Tumeur médiane s'arrêtant à l'ombilic, fluctuante, bombant en avant de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur, mobile avec l'organe.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu probablement à droite.

Laparotomie : Kyste parovarien droit, intra-ligamenteux, à pédicule tordu d'un quart de tour de gauche à droite ; contenu citrin. Guérison.

OBS. LXXXIX. *Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.*

In P. BARON : Thèse de Paris, 1898. Tors. du péd. des kystes de l'ovaire. Obs. VIII.

Femme Antoinette B....., 24 ans, journalière, 24 janvier 1894. Service du Dr Bouilly.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement ; pas de leucorrhée ; a toujours, dit-elle, souffert du ventre ; II pare ; grossesses douloureuses.

Et. path. act. : Ventre volumineux ; tumeur arrondie, régulière, fluctuante, médiane ; utérus peu mobile, en arrière de la masse qui fait saillie dans le cul-de-sac antérieur ; culs-de-sac latéraux libres.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire (dermoïde ?).

Laparotomie : Kyste dermoïde adhérent à paroi abdominale antérieure, à pédicule tordu 2 fois et demie sur lui-même de droite à gauche, mais court et large. Guérison.

OBS. XC. — *Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.*

In P. BARON : Thèse de Paris, 1898. Tors. du péd. des kystes de l'ovaire. Obs. XIII.

Femme Elise D....., 37 ans, domestique, 18 mai 1896. Service du Dr Bouilly.

A. G. : Réglée à 14 ans, régulièrement ; III pare ; il y a 3 ans, sans cause appréciable, violente douleur abdominale sans vomissements ; (5 juillet 1895), nouvelle crise.

Et. path. act. : 14 mai, crise accompagnée de vomissements ; bon état général à l'entrée à l'hôpital ; ni leucorrhée, ni métrorrhagie.

Examen : Utérus gros ; à sa gauche, tumeur grosse comme une tête de fœtus, rénitente, présentant une fausse fluctuation à sa partie antérieure ; les mouvements se transmettent du col à la tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac antérieur ; cependant au palper la tumeur paraît médiane.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire.

Laparotomie : Kyste dermoïde, médian, très adhérent à la paroi abdominale et à l'intestin, à pédicule violacé, tordu sur lui-même de gauche à droite. Guérison.

OBS. XCI. — *Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.*

In *Gynécologie*, décembre 1899, cité par Azy : thèse de Lyon, Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire à forme d'appendicite (1899).

Femme C....., 46 ans.

A. G. : III pare ; crises douloureuses parfois syncopales à la fin des règles, mais sans temp.

Et. path. act. : D. R. 17 avril ; le 23, douleur terrible dans la nuit, vomissements bilieux, péritonéaux. Diagnostic (P^r. Dieulafoy) : Ovaralgie. Le 26, la temp. monte pour la première fois à 38° 2 ; le pouls à 104 ; violentes douleurs abdominales ; ventre ballonné, saillant douloureusement dans toute son étendue mais surtout à droite, dans la fosse iliaque ; défense de la paroi ; résistance dans la profondeur ; vessie distendue ; rien dans les culs-de-sac vaginaux. Diagnostic (Bouilly) : Appendicite aiguë quoique pouls 104 ; temp. 38° 2 ; le 27, mieux sensible, pouls 98, temp. 38° 1, pas de vomissements ; le 28, ventre moins tendu, moins douloureux, gaz ; tumeur dure, tendue, remontant jusqu'à l'ombilic, faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur, confondue avec l'utérus.

Diagnostic rectifié : Fibrome avec poussée aiguë annexielle et violent retentissement péritonéal ; peut être hématosalpinx ; le soir, amélioration considérable, ventre détendu ; miction douloureuse ; la masse qui occupe le cul-de-sac antérieur est fluctuante.

Diagnostic définitif : Kyste de l'ovaire avec accidents graves de torsion du pédicule.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire droit, gros comme une tête de fœtus à terme, à contenu séro-sanguin ; pédicule tordu 1 fois et demie sur son axe, de droite à gauche, très court et très large. Guérison après légère phlébite de la saphène.

OBS. XCII. — *Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.*

In thèse de AUBRY, Paris 1900. Observation du Dr Delaunay.

Femme B....., 31 ans.

A. G. : Réglée à 16 ans et demi régulièrement ; Il pare. La deuxième grossesse pénible et accompagnée d'albuminurie.

Et. path. act. : Il y a 3 ans, douleurs fugaces dans le bas-ventre, mais menstruation régulière. Depuis le dernier accouchement, les règles sont irrégulières, tantôt prématurées, tantôt retardées, et toujours accompagnées de douleurs violentes. Dans l'intervalle, la région des annexes est douloureuse, par crises, et la constipation continuelle.

Examen : Abdomen souple, gros, la matité remonte jusqu'à la ligne ombilicale, débordant de 4 centimètres la ligne médiane. Au-dessus de l'ombilie, il y a jusqu'à 3 travers de doigt de la submatité qui ne se déplace pas avec les changements de position de la malade. Dans le petit bassin, tumeur grosse comme une tête d'adulte, lisse, mobile sous la peau, augmentée de petites masses surajoutées, mobile, pédiculée, indépendante de l'utérus et fluctuante ; culs-de-sac latéraux et postérieur normaux ; *cul-de-sac antérieur élargi* ; *sa paroi supérieure est refoulée en bas, par une collection saillante*, en continuité avec la masse abdominale, fluctuante, indépendante de l'utérus ; col déchiqueté, rétroversé.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire probablement pédiculé.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu 3 à 4 fois sur lui-même. Guérison.

OBS. XCIII. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire droit à pédicule tordu.*

In Aubry : Thèse de Paris, 1900 : Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire (obs. I).

Femme A....., 38 ans.

A. G. : Réglée à 12 ans ; régulièrement ; II pare.

Et. path. act. : (juin 1899) Douleurs intolérables, brusques, dans la fosse iliaque droite, irradiées vers les reins, les cuisses; face grippée, pâle ; pouls 110, filiforme ; respiration à type costo-supérieur ; temp. 37° 7 ; vomissements alimentaires, bilieux ; sueur profuse ; tendance à la syncope.

Examen : Tumeur dans la fosse iliaque droite, débordant la ligne médiane à gauche, remontant jusqu'à 3 travers de doigt de l'ombilic, indépendante de la paroi abdominale, globuleuse, lisse, élastique, immobile et mate ; col en position normale ; culs-de-sac latéral droit et antérieur *élargis, déprimés, occupés par cette tumeur lisse et élastique*, du volume des 2 poings, située entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale ; mouvements communiqués, transmissibles à l'utérus ; miction normale.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Laparotomie : 18 janvier : Le kyste est tordu au 3/4 sur lui-même. Guérison.

OBS. XCIV. — *Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu.*

III AUBRY : Thèse de Paris, 1900 : Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Hôpital Péan : Dr Delaunay (Obs. VII).

Femme Alphonsine D..., 46 ans.

A. G. : Réglée à 13 ans et demi ; régulièrement ; III pare.

Et. path. act. : En 1898, métrorrhagie abondante.

Examen : Abdomen volumineux, vergé ; au-dessus du pubis jusqu'à 3 doigts au-dessus de l'ombilic, la matité s'étend à 10 centimètres sur la gauche, un peu en dehors de la ligne médiane sur la droite ; sous la paroi, tumeur volumineuse arrondie, peu mobile, légèrement douloureuse à la pression, qui ne remplit pas complètement les fosses iliaques ; ni rectocèle, ni cystocèle ; col irrégulier, lèvres antérieure très volumineuse, lèvres postérieure très déchiquetée ; culs-de-sac latéraux et postérieur libres, le droit plus large que le gauche à cause d'une certaine déviation à gauche. Dans le *cul-de-sac antérieur*, tumeur volumineuse, arrondie, mobile, avec l'utérus de bas en haut, située assez haut, en grande partie dans la cavité abdominale, un peu douloureuse au toucher.

Laparotomie : 16 mars 1899 : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

OBS. XCV (personnelle). — *Kyste de l'ovaire droit à pédicule
lordu.*

Femme St...., 24 ans. 24 juin 1903. Hôpital Tenon, salle Delessert, service du Dr Lejars.

Antécédents personnels : Dans son enfance la malade retrouve une rougeole et la coqueluche ; il y a 18 mois, elle fut soignée pour une ulcération du col ; elle se plaint de fréquents maux de gorge et d'une éruption cutanée qui n'est que de la roséole syphilitique.

A. G. : Depuis l'âge de 15 ans, elle est réglée régulièrement ; sans grossesse, ni fausse-couche.

Et. path. act. : En octobre 1892, des douleurs apparaissent dans le flanc droit, accompagnées de vomissements ; on porte le diagnostic d'appendicite, pour laquelle on institue le traitement médical (diète, opium, glace). En janvier 1903, le ventre est douloureux, il y a de la pesanteur dans les cuisses, le petit bassin et les reins. En juin, une nouvelle crise l'amène à l'hôpital.

L'appétit est conservé, mais les digestions sont lentes, pénibles, parfois accompagnées de nausées et de vomissements ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les douleurs sont généralisées à tout le tronc ; du bas-ventre, elles s'irradient aux lombes, à l'épigastre, aux aines, aux cuisses et jusqu'à la plante des pieds ; elles s'exagèrent après une longue fatigue, à l'effort ; la constipation est habituelle. Il n'y a pas de troubles de la vessie, la malade urine normalement, la miction seule est douloureuse, conséquence d'une urétrite chronique : les règles, survenues pendant le séjour à l'hôpital, durent de 5 à 6 jours, mais les pertes blanches sont abondantes, continues, épaisses, verdâtres et tachent le linge.

Examen : L'abdomen est peu augmenté de volume, la paroi est souple, non vergetée, sans circulation collatérale veineuse ; on reconnaît une tumeur hypogastrique, ovalaire, à grand axe transversal, remontant à un travers de main de la symphyse pubienne, rénitente, assez dure, moins cependant qu'un fibrome. Par la percussion on délimite une zone de matité à convexité supérieure, s'étendant de chaque côté à la moitié de l'arcade crurale. Dans les culs-de-sac latéraux et postérieur, le doigt pénètre librement ; dans le cul-de-sac antérieur, au contraire, on sent une tumeur assez dure ; le col utérin est ouvert, épais, dirigé en avant ; l'utérus est en rétroversion, adhérent à droite, légèrement dévié vers la gauche.

Diagnostic clinique : Collection du cul-de-sac antérieur ; kyste de l'ovaire (?)

Diagnostic opératoire : Kyste de l'ovaire droit, adhérent dans le cul-de-sac antérieur.

Laparotomie (7 juillet 1903) : On tombe sur une masse du volume d'une tête d'adulte, à parois épaisses en avant et en haut. Kyste uniloculaire, à liquide brunâtre, adhérent à tous les organes voisins, et à toute la face antérieure de l'utérus, en particulier, par des lamelles rougeâtres, assez fermes, résistantes, nécessitant une dissection assez pénible avec les doigts ; en avant, il y a des adhérences peu organisées avec le fond de la vessie ; la trompe est en arrière, sur la face postérieure du kyste ; le pédicule très court est tordu sur lui-même. Ablation de la masse avec la trompe correspondante. À gauche, on trouve un kyste multiloculaire, gros comme la moitié du poing. Ablation des annexes gauches. L'utérus est conservé. Péritonisation. Réunion à 3 plans avec drain.

OBS. XCVI. — *Kyste tubo-ovarien droit à pédicule tordu.*

IN WARNEK : *Nouv. Arch. Soc. Gyn. et Obst.* Saint-Petersbourg, citée in *Ann. Gyn. et Obst.*, Paris 1894, p. 335.

Femme X....., 43 ans, Hôpital de Basmannia (Saint-Petersbourg).
A. G. : III pare.

Et. path. act. : Douleurs dans le ventre ; métrorrhagies ; douleurs à la miction.

Examen : Ventre ballonné ; gros utérus ; tumeur fluctuante, peu mobile et dure, sus-pubienne ; dans le cul-de-sac antérieur, à gauche, on sent la partie inférieure de la tumeur.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire droit, avec torsion du pédicule et salpingite gauche.

Laparotomie : Kyste tubo-ovarien droit, en avant de la corne utérine gauche, du volume du poing, à contenu rouge foncé, adhérent à l'intestin et au ligament large droit ; le segment interne de la trompe est tordu 1 fois et demie sur lui-même ; trompe gauche et droite en dégénérescence carcinomateuse.

OBS. XCVII. — *Salpingo-ovarite à pédicule tordu.*

IN HARTMANN et TERRIER : *Ann. de Gynécologie et d'Obst.* 1898.
T. II, p. 160.

Femme Marie-Louise H....., 44 ans, Hôpital Bichat (4 janvier 1896).

A. G. : Réglée à 15 ans ; régulièrement toutes les 3 semaines ; 1 pare.

Et. path. act. : Il y a 2 ans, vives douleurs continues, lancinantes, irradiées de la fosse iliaque à l'hypogastre, qui persistèrent une demi-journée et cessèrent par le repos au lit. Nouvelles crises en septembre, en janvier (1895), en février, en décembre.

Examen : Abdomen saillant au-dessous de l'ombilic, plus visiblement à gauche ; tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, se perdant dans la profondeur du petit bassin, fluctuante, paraissant très distendue ; col en situation normale, mobile de droite à gauche, peu d'avant en arrière, douloureusement : *dans le cul-de-sac antérieur, tumeur abdominale*, fusionnée avec l'utérus, car les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col, ceux du col à la tumeur ; pesanteur abdominale spéciale quand la malade va à la garde-robe.

Créolomie (11 janvier 1896, Hartmann) : Tumeur brune ressemblant à une poche d'hématocèle, à parois épaisses, adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon, aux anses intestinales. Ponction : 500 grammes de liquide ressemblant à du sang presque pur. Le pédicule de la tumeur correspond à la corne utérine droite, du volume du cordon ombilical, tordu de 2 tours de spire en sens inverse des aiguilles d'une montre : le cul-de-sac postérieur est libre et sans adhérences. Guérison.

OBS. XCVIII. — *Hydrosalpinx droit à pédicule tordu.*

In FOCHIER : Soc. Chir., Lyon, 10 mai 1900.

Femme X....., 37 ans. Hôpital Saint-Joseph, à Lyon. Service du Dr Fochier.

A. G. : Stérile ; des accidents abdominaux aigus précèdent l'apparition brusque d'une tumeur ; il y a 6 ans, les règles deviennent douloureuses et abondantes ; il y a 15 mois, coliques intestinales, vomissements, lipothymies ; il y a 12 mois, nouvelles crises.

Et. path. act. : Accidents aigus avec augmentation brusque de l'abdomen ; douleurs vives irradiées dans le membre inférieur droit.

Examen : Ventre distendu ; masse remontant jusqu'à l'ombilic et plongeant dans le bassin ; *au-devant d'elle, masse fluctuante remontant moins haut et n'atteignant pas la symphyse* ; dans la fosse iliaque droite, troisième tumeur plus petite, du volume d'un œuf, très dure et douloureuse ; par le vagin, on ne sent que le fibrome ; l'autre tumeur est donc abdominale ; un cordon monoliforme semble

rattacher la masse droite avec la masse kystique ; la tumeur anté-utérine donne au cathéter vésical la sensation d'être irrégulière.

Diagnostic clinique : Fibrome à développement pelvien, compliqué de kyste de l'ovaire.

Laparotomie : Hydrosalpinx droit du segment externe, gros comme une tête d'enfant, contenant du liquide hématique non filant, à segment interne, tordu 2 fois sur lui-même ; annexes gauches kystiques.

OBS. XCIX. — *Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit.
Péritonite adhésive.*

In Torsion des salpingites. HARTMANN et REYMOND. *Annales de Gynécologie*, 1898, p. 160.

Femme P..... journalière, 30 ans, 17 août 1893. Hôpital Bichat, salle Chassaingnac.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement ; stérile.

Et. path. act. : Il y a 3 ans, vives douleurs brusques dans le côté droit ; tumeur nettement accessible ; depuis, à intervalles plus ou moins éloignés, nouvelles crises ; vomissements continuels.

Examen : Etat général bon, mais légère poussée fébrile ; ventre augmenté de volume : à droite, au-dessous de l'ombilic, tumeur arrondie, débordant un peu la ligne médiane sur la gauche et en haut la ligne ombilicale, douloureuse à la pression, fluctuante, col en position normale, mobile d'avant en arrière ; utérus indépendant de la tumeur perçue en avant et à droite du col.

Cœliotomie (25 avril 1893) : Paroi antérieure adhérente à la tumeur ; un litre et demi de sérosité sanguinolente ; large pédicule tordu 2 fois sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. La torsion porte sur la trompe hydropique, collée secondairement au ligament large, et à l'ovaire droit.

OBS. C. — *Hydrosalpinx droit à pédicule tordu.*

In ROUFFART. *Journal Médical*, Bruxelles, 22 mars 1900, n° 12,

Femme X..., 26 ans.

A. G. : Réglée à 12 ans, régulièrement ; depuis l'âge de 15 ans, se plaint de coliques dans le bas-ventre. 1 pare.

Examen : Utérus en rétrotorsion ; en avant et à gauche de lui, tumeur rénitente, lisse, fluctuante ; à droite, ovaire très haut situé.

Diagnostic clinique : Kyste de l'ovaire gauche.

Laparotomie : Hydrosalpinx droit du volume du poing, lisse, sans bosselures, adhérent à l'épiploon à pédicule tordu ; la trompe n'est rattachée à l'utérus que par quelques filaments péritonéaux. La section de la trompe est nette, au niveau de l'utérus. Guérison.

OBS. CI. — *Hématosalpinx à pédicule tordu.*

In CATHELIN : Torsion des hydrosalpinx. *R. de Chir.* 1901. p. 436.

Femme X..., 40 ans. 21 juin, salle Delessert, Hôpital Tenon, D^r Lérars.

A. G. : Réglée régulièrement ; II pare.

Et. path. act. : En descendant de chemin de fer, douleur brusque très intense ; vomissements ; leucorrhée habituelle.

Examen : Cul-de-sac postérieur libre ; dans le cul-de-sac antérieur et à droite, tumeur mobile, haute, abdominale ; à gauche, léger empatement.

Laparotomie : Hématosalpinx gauche, du volume d'une orange, noire, contenant du sang liquide, adhérente à l'épiploon, à pédicule tordu une fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre ; hydrosalpinx droit. Guérison.

OBS. CII. — *Pyosalpinx droit et ovarite suppurée.*

In TERRILLON : *Arch. de Tocologie*, mars 1889, p. 177.

Femme X..., 29 ans (27 janvier 1889).

Et. path. act. : Fièvre à oscillations très marquées, quelques frissons ; affaiblissement progressif.

Examen : Masse inflammatoire gauche étendue du cul-de-sac vaginal à la paroi abdominale formant plastron large comme la main, remontant en haut jusqu'au voisinage de l'ombilic ; utérus immobilisé comprimant le rectum, rendant presque impossible le passage des gaz et des matières ; pas de fluctuation.

Diagnostic clinique : Absès du ligament large.

Laparotomie : Epiploon adhérent à la paroi abdominale, épaissi ; trompe couchée en travers, grosse comme les deux poings, à contenu citrin louche (120 grammes) ; au-dessous, masse du volume d'une orange plongeant dans le petit bassin, adhérente au bord droit de l'utérus, à la face postérieure du pubis et au rectum, mais en partie libre dans le bassin par sa face postérieure.

Diagnostic opératoire : Pyosalpinx droit en haut et en avant ; ovarite suppurée, volumineuse, à pédicule constitué par la corne utérine correspondante.

OBS. CIII. — *Pyosalpinx à pédicule tordu.*

In ROUFFART. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.* Bruxelles, 1900. T. X, n° 10, p. 257, cité par CATHELIN. Torsion des hydrosalpinx. *R. de Chir.*, 1901, p. 436.

Femme X..., 40 ans. Hôpital Saint-Jean (Bruxelles), 8 fév. 1900.
A. G. : Réglée à 10 ans, régulièrement. IV pare.

Et. path. act. : Depuis quelque temps, douleurs paroxystiques à gauche.

Examen : Col entr'ouvert, utérus en rétroversion ; tumeur au devant et à gauche de l'utérus, fluctuante.

Laparotomie : Utérus en arrière, pyosalpinx gauche, du volume d'une orange, à développement externe, noirâtre, adhérent au rectum et à la partie inférieure de l'iliaque ; pavillon de la trompe reporté vers la ligne médiane ; sa face postérieure adhère à la face antérieure de l'utérus ; pédicule du volume d'une anse intestinale, tordu. Hystérectomie abdominale totale sus-vaginale. Guérison.

OBS. CIV. (personnelle). — *Pyosalpinx droit à pédicule tordu.*

Femme B..., 22 ans, papetière. Hôpital Tenon, salle Delessert, service du D^r Lélars, 18 janvier 1903.

A. H. : Une de ses sœurs est morte d'affection cardiaque ; une autre de tuberculose.

A. P. : A 19 ans, scarlatine.

A. G. : Réglée à 11 ans et demi ; toujours régulièrement ; I pare ; leucorrhée abondante surtout depuis son mariage ; depuis son accouchement, elle éprouve dans la fosse iliaque droite une douleur sourde qui s'irradie jusque dans la jambe correspondante et s'exaspère au moment des règles ; ses dernières règles datent du 12 décembre ; mais, depuis le 22, elle perd en rouge avec continuité, écoulement qui semble avoir calmé les douleurs et diminué le volume de la tumeur.

Et. path. act. : Les douleurs persistent quoique très amoindries dans la fosse iliaque droite ; l'appétit est bon, la constipation opiniâtre.

Examen : Utérus un peu gros, en rétroversion légère, mobile ; culs-de-sac antérieur et latéral droit déprimés par une masse douloureuse, fixée, fluctuante ; dans le cul-de-sac latéral gauche, le toucher réveille une douleur sourde.

Diagnostic clinique certifié : Salpingite suppurée droite tombée en avant et adhérente à l'intestin.

Laparotomie : Décortication de la masse annexielle entourée de l'intestin grêle auquel elle adhère ; la portion interne de la trompe très courte est tordue une fois et demie sur elle-même, au niveau de la corne utérine ; du pus sourd ; ablation ; péritonisation ; redressement de l'utérus ; hystéropexie par 4 points de catgut ; rien à gauche. Guérison.

OBS. CV. — *Grossesse tubaire. Hématosalpinx à pédicule tordu, non rompu.*

In Pozzi : *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1900, n° 2, p. 202.

Femme P..., 33 ans. Hôpital Broca, 13 février 1900.

A. G. : Accouchement laborieux à 26 ans ; depuis, règles plus abondantes et un peu douloureuses ; 2 ans après, crises de périmétri-salpingite en dehors des règles. D. R. : 4 janvier. Le 19 janvier : douleur vive dans le bas ventre qui persiste pendant 6 heures ; depuis, elle perd un peu de sang continuellement, les douleurs ne cessent pas, jusqu'au 22 février, jour où éclate une crise douloureuse intense accompagnée de vomissements.

Examen : Abdomen douloureux à la pression ; col gros, mou, entr'ouvert ; utérus gros en antéflexion ; à gauche et en avant de l'utérus, tumeur grosse comme une tête de fœtus.

Diagnostic clinique : Kyste du ligament large.

Laparotomie médiane : Tumeur noirâtre adhérente à l'épiploon qui la coiffe, oblongue, ressemblant à une aubergine ; pédicule grêle, inséré à droite, à torsion lâche, d'un tour de spire, en sens inverse des aiguilles d'une montre ; ovaire scléro-kystique.

La trompe incisée laisse voir un fœtus non macéré de 3 à 4 mois, avec un placenta qui paraît apoplectique et des vaisseaux thrombosés.

OBS. CVI. — *Fibro myôme de la trompe à pédicule tordu.*

In Porier : Thèse de Paris, 1898 : Des fibromes de la trompe (Barette), citée par Guérin et Longuet. *Rev. de Chir.* 1900. Tumeurs solides des trompes.

Femme X..., 28 ans.

El. path. act. : Se plaint de pesanteur hypogastrique au moment des règles ; plusieurs crises douloureuses.

Examen : Tumeur hypogastrique, lisse, globuleuse, régulière, sans bosselures, médiane ; utérus normal.

Diagnostic clinique : Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus ou de la paroi postérieure de la vessie.

Laparotomie : Polypectomie abdominale. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, adhérente, à pédicule tordu deux fois et demie, de gauche à droite ; la trompe violacée, grosse comme le médius, fait partie du pédicule tordu ; la tumeur est implantée sur le tiers interne de la trompe et sur le ligament utéro-ovarien gauche : fibromyôme de la trompe.

OBS. CVII. — *Papillome carcinomateux de la trompe.*

STROGANOFF in clinique du prof. Ott, citée in *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1894.

Femme X...., 39 ans. Depuis un an, alternatives d'aménorrhée et de métrorrhagies.

Examen : Tumeur ovoïde assez mobile en avant et un peu à gauche de l'utérus, lequel est en rétroversion légère, augmenté de volume et fixé là par quelques adhérences.

Diagnostic : Métrite, paramétrite, dégénérescence kystique des annexes du volume d'un œuf.

Laparotomie : Trompe droite distendue, tordue sur son pédicule. Dans le kyste formé par la trompe, il existe une masse du volume d'une prune.

OBS. CVIII — *Kyste de l'ovaire droit rompu.*

IN FOSSARD : Thèse de Paris, 1901. Rupture spontanée des kystes de l'ovaire

Femme Amélie J..., 25 ans, 20 août 1890. Pavillon Velpeau. Hôpital Cochin. Service du Dr Bouilly.

A. G. : Réglée à 14 ans ; 1 pare ; en mars 1890, le ventre grossit sans douleurs, les règles cessent ; en juin, quelques pertes, le ventre grossit beaucoup ; (15 jours après) : une ponction abdominale évacue 5 litres et demi d'un liquide sanguinolent qui se reproduit très rapidement ; en août, une 2^e ponction évacue 16 litres de liquide.

Et. path. act. : Fatigue générale ; dyspnée mécanique ; léger œdème malléolaire vespéral.

Examen : Abdomen assez volumineux, aplati, également développé des deux côtés de la ligne médiane ; palpation indolente, fluctuation manifeste ; matité déplacée par les changements de position de la malade ; dans le flanc gauche, cependant, de la sono-

rité persiste, due, sans doute, à une anse intestinale adhérente ; en arrière, la matité est assez irrégulièrement distribuée. Le 26 août, d'une 3^e ponction, on recueille 7 litres d'un liquide sanguinolent, visqueux, à reflets biliaires ; dans la fosse iliaque gauche, atteignant la ligne médiane, mais ne débordant pas la ligne ombilicale, tumeur mobile, indolente, fluctuante, du volume des deux poings, assez régulière ; col utérin élevé en arrière et à gauche ; utérus mobile ; en avant de lui, *dans le cul-de-sac antérieur et à gauche, tumeur lisse fluctuante*. Le soir, le liquide s'est déjà reproduit en partie, l'œdème malléolaire a disparu, mais il y a de l'infiltration à la face interne des cuisses.

Laparotomie (29 août) : Kyste mucoïde de l'ovaire droit avec plaques de sphacèle et des végétations à la face interne de la paroi ; pas de généralisation. Guérison.

OBS. CIX. — *Kyste suppuré de l'ovaire droit.*

IN COMMANDEUR : *Sem. Gynéc.*, 1898, p. 371.

Femme R..., 27 ans, corsetière, 27 octobre 1891. Infirmerie de la Charité.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement. IV pare. Depuis son dernier accouchement, qui remonte à 4 mois, douleurs intermittentes dans le côté droit de l'abdomen ; amaigrissement très rapide ; aménorrhée persistante.

Examen : Tumeur mobile, dure, du volume d'un petit œuf d'autruche, occupant l'hypogastre et débordant un peu à droite surtout dans sa partie supérieure, *faisant saillie dans le cul-de-sac antérolatéral droit*.

Laparotomie : 28 oct. 1891. Ponction de la poche d'où s'écoule un liquide purulent infect ; kyste suppuré de l'ovaire droit.

OBS. CX. — *Kyste suppuré de l'ovaire droit.*

IN BAER : *Am. J. of. Obstetric*, p. 504, 1883.

Femme X..., 31 ans.

A. G. : Réglée à 14 ans ; dès l'année suivante, métrorrhagies abondantes et règles irrégulières ; à 18 ans, après une longue fatigue, douleurs abdominales violentes.

Diagnostic : Prolapsus utérin ; à 25 ans, après un refroidissement, les règles se suppriment brusquement pour ne reparaitre que quelques mois après ; à 29 ans, après une course en voiture, des douleurs surviennent dans la région ovarique gauche ; tumeur lisse de vo-

lune médiocre dans le flanc gauche ; mariée depuis 7 mois ; stérile.

Et. path. act. (27 novembre 1882) : Douleurs abdominales subites.

Examen : Fosse iliaque gauche distendue par une masse arrondie du volume d'une tête de fœtus à terme ; *utérus en rétroflexion* ; *vessie accolée à la tumeur* ; kyste du volume d'une orange dans le Douglas.

Laparotomie : Kyste adhérent à la paroi abdominale et à la vessie, supprimé. Mort.

Obs. CXI. — *Kyste parovarique enclavé dans le cul-de-sac antérieur.*

In A. C. BUTLER SMYTHE, *Lancet* n° 3828, 9 janvier 1897. Citée dans *Revue de Gynécolog.*, 1897, n° 1, p. 148.

Femme X..., 24 ans, avril 1892, Free Samaritan Hospital. Service de Butler Smythe.

A. G. : Mariée, mais stérile. En février 1892, la malade émaciée, fébricitante, le pouls à 120, la temp. à 101° Fahr, entre à l'hôpital. L'abdomen de 1 m. 20 de circonférence est œdématié, ainsi que la vulve et les cuisses, douloureux surtout à gauche de l'ombilic; tumeur fluctuante, sensible, étendue dans les deux flancs et jusqu'à l'appendice xiphoïde, adhérente aux parois ; utérus en arrière de la masse abdominale, immobilisé latéralement, de 2 pouces 1/2 de profondeur. *Laparotomie* : Ponction de la tumeur ; liquide noirâtre ; adhérences pelviennes et abdominales ; pédicule tordu 2 fois sur lui-même et adhérent au gros intestin ; ovaire droit sain, conservé ; guérison.

Et. path. act. : En juillet 1902, accouchement à terme mais laborieux d'un enfant mort pendant le travail, se présentant par le siège ; 15 jours après, douleur vive dans le côté droit, vite apaisée par le repos au lit ; un mois après le ventre grossit rapidement ; il y a de l'ascite légère ; l'état général est défectueux, la malade très amaigrie.

Diagnostic clinique : Tumeur kystique droite.

Laparatomie (6 octobre 1896) : Tumeur noirâtre adhérente à la paroi abdominale, recouverte en haut par l'épiploon adhérent ; 30 pintes de liquide noirâtre ; le kyste enclavé dans le ligament large s'était placé en avant de l'utérus, entre cet organe et la vessie ; énucléation ; pédicule transfixé, puis lié. Kyste dermoïde en 1892 ; kyste mucoïde en 1896.

OBS. CXII. — *Kyste parovarique. Rupture spontanée dans le péritoine.*

In thèse de DUFREY, Nancy, 1892-1893. Obs. du prof. Gross.
N° XIX.

Femme A. H..., 34 ans, couturière, service de Gross, 16 juin 1891, Nancy.

A. G. : Réglée à 14 ans régulièrement, **IV pare.**

Et. path. act. : Depuis 6 mois, augmentation de volume assez rapide de l'abdomen et quelques douleurs lancinantes dans le bas-ventre irradiées vers l'anus ; règles normales.

Examen : Tumeur abdominale assez volumineuse, étendue du pubis à l'ombilic, un peu inclinée vers le côté droit, régulièrement ovoïde, mate à la percussion, rénitente, paraissant mobile, col fermé, irrégulièrement déchiré ; *culs de-sac libres, sauf l'antérieur où l'on sent la masse en connexion avec l'utérus* qui est mobile ; cavité utérine de profondeur normale.

Diagnostic : Kyste ovarique. Dans la nuit du 20 juin, la malade ressent de légères douleurs dans le bas-ventre, sans éprouver le moindre malaise. Le 21 au matin, la tumeur a disparu. Le 22, le prof. Gross constate également la disparition de la tumeur ; il n'y a pas de signes d'épanchement dans le ventre, tout au plus existe-t-il un peu de ballonnement ; ni polyurie, ni diarrhée, ni écoulement vaginal séreux ou sanguin. Sortie le 27 juin. Guérison spontanée.

OBS. CXIII. — *Ovarite double suppurée.*

In thèse de GOETTINGER, Nancy, 1879, (obs. due à Feldmann.)

Femme X..., 20 ans.

A. G. : Réglée à 15 ans, régulièrement, stérile. Il y a un an, probablement après une tentative d'avortement, malaise, douleurs dans le bas ventre et tuméfaction dans le côté droit, règles profuses ; les douleurs vont en s'exagérant.

Et. path. act. : Tumeur élastique dans le petit bassin, s'étendant à gauche jusqu'à l'ombilic, à droite jusqu'à mi-chemin seulement ; utérus en rétroflexion ; *la tumeur située en avant de cet organe est facilement accessible par le cul de sac vaginal antérieur* ; culs de-sac postérieur et latéral droit abaissés ; fluctuation manifeste ; à droite de l'utérus, cordon qui s'enroule en arrière de lui.

Diagnostic clinique et opératoire : Tumeur double de l'ovaire.

Laparotomie : Guérison.

OBS. CXIV. — *Salpingo-ovarite suppurée.*

In ROUTIER : Soc. de Chirurgie, 14 novembre 1888, p. 867 ; *Revue de Chirurgie*, avril 1889, p. 278.

Femme L..., 36 ans ; stérile.

Et. path. act. : Depuis 5 à 6 ans, violentes douleurs dans le ventre ; règles irrégulières depuis 3 ans. Il y a 14 mois et 6 mois, ses mictions ont été douloureuses : l'urine émise était blanche comme du lait.

Diagnostic : Adéno-phlegmon juxta-pubien.

Laparotomie (15 juin 1888) : Ablation des trompes et des ovaires ; les annexes sont adhérentes au petit bassin et en avant. Le pédicule utéro-ovarien est déchiré à gauche.

OBS. CXV. — *Grossesse extra-utérine prévésicale sans hématoecèle.*

In CHAPUT : Soc., Anat., oct. 1894.

Femme X..., 39 an, ménagère. Service de Terrillon, Salpêtrière (11 juin 1891).

A. G. : Réglée à 14 ans ; stérile. Il y a 8 ans, une perte accompagnée de coliques, abondante, dura un mois ; depuis, règles abondantes, avec crises utérines ; tumeur du volume d'un œuf dans le côté droit du ventre.

Et. path. act. : Mictions fréquentes, constipation opiniâtre.

Examen : Ventre de 74 centimètres soulevé par saillie médiane arrondie, jusqu'à l'ombilic, semblant la vessie distendue ; col refoulé contre la bande ischio-pubienne gauche ; corps utérin prolongé à droite ; en arrière de la tumeur liquide, masse arrondie, dure qui se continue avec l'utérus ; le cathétérisme indique que la tumeur est prévésicale ; ponction : 400 grammes de liquide brunâtre, hémattique.

Nouvel examen (20 jours après) : Tumeur du volume d'une orange médiane, dure de consistance ; utérus redevenu médian, mais en rétroflexion ; dans le cul-de sac antérieur, tumeur ovoïde, arrondie, inclinée en haut et à droite, lisse, tendue, fluctuante, mobile transversalement.

Laparotomie : Annexes gauches saines ; tumeur prévésicale adhérente à l'épiploon, à l'intestin, à l'appendice iléo-cæcal, à la vessie, à l'ovaire, à pédicule inséré sur l'utérus. Hématosalpinx d'origine gravidique ; villosités chorionales ; œuf vraisemblablement développé dans un diverticule de la trompe.

OBS. CXVI. — *Kyste fœtal. Grossesse extra-utérine.*

DJEMIL BEX (de Constantinople). Congrès français de Chirurgie.
1894.

Une femme, après avoir présenté trois ans auparavant tous les signes d'une grossesse normale, eut un faux travail au 9^e mois, avec de légers accidents de péritonite : le volume du ventre diminua ensuite, et resta stationnaire ; à la palpation on sentait une tumeur sous-ombilicale, dure, bosselée, ronde, très peu mobile ; au toucher l'utérus était mobile, le *cul-de-sac antérieur effacé et comblé par une tumeur grosse comme une tête de fœtus.*

Laparotomie : Tumeur adhérente à l'intestin et à l'épiploon : kyste fœtal à paroi épaisses contenant un fœtus momifié, arrivé à terme ; placenta momifié et adhérent au fond du kyste. Guérison.

OBS. CXVII. — *Grossesse tubaire non rompue gauche.*

In P. AUDION : *Bull. Société anat.*, juillet 1899, p. 741. service du
D^r Bazy.

Femme R..., 27 ans.

A. G. : IV pare ; depuis 3 mois, douleurs abdominales.

Et. path. act. (16 juin 1899) : Aménorrhée persistante depuis fin février ; en fin mars, à la suite d'efforts brusques, coliques très intenses, analogues aux douleurs de l'accouchement : syncope. Après quelques jours de repos, le 10 juin, reprise des douleurs abdominales et pertes incessantes depuis fin mai.

Eramen : Annexes dures et douloureuses à gauche, légèrement prolabées dans le cul-de-sac postérieur et petite tumeur du volume d'un œuf de dinde adhérente à l'utérus, au-dessus du cul-de-sac antérieur.

Diagnostic clinique : Fibrome sous-péritonéal.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire droit ; grossesse tubaire droite ; petit kyste de l'ovaire gauche avec adhérences très intimes du pavillon avec le kyste ; *tumeur fœtale placée dans le cul-de-sac vésico-utérin*, adhérente à l'utérus, à l'épiploon et environnée de fausses membranes rougeâtres et comme imbibées de sang ; pas de sang libre ou de caillots dans la cavité péritonéale.

OBS. CXVIII. — *Fibro-myôme de la trompe.*

In PORET : Thèse de Paris, 1898. Des fibromes de la trompe (Barette), citée par Guérin et Longuet, *R. de Ch.*, 1900. Tumeurs solides de la trompe.

Femme X..., 58 ans.

A. G. : Douleurs après la ménopause ; dysurie ; défécation difficile.

Examen : Tumeur dans le cul-de-sac antérieur, arrondie, douloureuse, remontant à un travers de doigt au-dessus du pubis, surmontant le col utérin et le refoulant dans le Douglas ; ballotement.

Hystérectomie vaginale suivie de *Laparotomie* par impossibilité d'extraire la tumeur par la voie vaginale. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, bosselée, ovale, adhérente au tiers moyen de la trompe dans le 3/4 de sa circonférence ; ovaire atrophié : fibrome de la trompe.

OBS. CXIX. — *Grossesse abdominale rétro-vésicale sous-péritonéale.*

In L. PICQUÉ : *Bull. Soc. chirurgie*, 6 nov. 1901, p. 1014.

Femme X..., 45 ans.

A. G. : Un enfant à 20 ans.

Et. path. act. : Développement rapide d'une tumeur abdominale ; règles normales ; état cachectique prononcé ; accès fébriles répétés ; troubles très marqués de la miction, pollakiurie ; col normal ; utérus non isolable.

Diagnostic clinique : Pyosalpinx.

Laparotomie : Tumeur volumineuse sous-péritonéale occupant le cul-de-sac antérieur, fluctuante à partie postéro-supérieure ; utérus en bas et en arrière, de volume presque normal ; annexes mobiles normales ; la tumeur, adhérente à la face postérieure de la vessie est une poche à parois épaisses remplie de sang liquide et coagulé.

Diagnostic clinique : Grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne.

OBS. CXX. — *Grossesse extra-utérine abdominale du 4^e mois.*

In BOUILLY : Tum. aig. et chroniq. de la cav. prévésicale, Thèse d'Agrégat., 1880.

Femme Claudine C..., 30 ans, domestique (3 avril 1880). Hôpital Beaujon, service du D^r Lefort.

A. G. : Réglée irrégulièrement ; III pare. A 25 ans, après sa dernière couche, violentes douleurs abdominales ; *diagnostic* : métrite.

(5 avril). Ventre douloureux à la pression dans la région hypogastrique droite ; tumeur du volume d'un œuf de poule, ferme, assez mobile ; col allongé ; tumeur accessible par le cul-de-sac antérieur, mobile avec l'utérus ; (25 avril) : douleurs abdominales très vives, avec pâleur de la face, pouls filiforme, mictions difficiles ; (3 mai) : état général amélioré, mais constipation opiniâtre ; tumeur diminuée de volume et de consistance ; (8 mai) : tumeur très douloureuse à la pression ; cul de sac antérieur gonflé, dur, empâté notablement ; (22 mai) : vomissements sanglants supplémentaires, pas de règles depuis février.

Et. path. act. : Tuméfaction volumineuse de l'ombilic au pubis, presque médiane, semblant bridée vers sa partie moyenne, offrant deux saillies plus volumineuses en haut et à droite, en bas et un peu sur la gauche ; fosse iliaque droite libre ; tumeur reposant sur le pubis qu'on ne peut isoler ; fluctuation profonde dans chaque poche isolément, ou de l'une à l'autre ; toucher douloureux ; utérus en antéversion légère ; culs-de-sac latéraux libres.

Diagnostic clinique : Collection purulente profonde de l'espace prévésical en arrière du grand droit, d'origine puerpérale.

Incision (le long de l'arcade crurale droite à 2 travers de doigt) : Pas de pus ; tumeur dure, ronde, qui est la tête d'un fœtus de 3 à 4 mois, vivant.

Mort : 4 juin de péritonite généralisée.

Autopsie : Cavité dans laquelle s'est développée le fœtus, pour ainsi dire virtuelle, car elle n'est constituée que par des anses intestinales agglutinées ; grand épiploon noirâtre, infiltré de pus dans sa moitié inférieure ; petit bassin rempli dans sa partie droite par des caillots sanguins ; le péritoine a disparu de la face antérieure du ligament large droit et est remplacée par une surface tomenteuse très vasculaire qui est le placenta ; l'ovaire correspondant a disparu ; l'ovule a été probablement fécondé en ce point ; trompe sans pavillon, réduite à un cordon dur, plein ; utérus augmenté de volume à parois très épaisses ; ligament large gauche normal.

OBS. CXXI. — *Kyste hydatique du pubis.*

In LALA : *Bull. Soc. Anat.*, 1856, p. 519.

Femme X..., 47 ans. (Service de Denonvilliers.)

Examen : Tumeur du volume du poing, molle, indolente, mince à la pression, à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche.

Diagnostic : Lipome ou abcès.

Incision : Pus sans qu'on y remarque d'hydatides.

Autopsie : Abcès rétro pubien et en arrière du trou obturateur gauche ; portion horizontale du pubis dénudée et infiltrée d'hydatides qui avaient envahi la portion verticale du pubis, ainsi que la cavité cotyloïde perforée en 2 endroits. L'abcès rétro pubien communiquait avec l'abcès de la racine de la cuisse à travers le trou obturateur.

CONCLUSIONS

1°. — La région utéro-vésicale ou pelvis antérieur représente une région topographique nouvelle d'une valeur anatomo-clinique indéniable.

2°. — Schématiquement elle figure un prisme quadrangulaire à six faces.

3°. — A la face inférieure régulière correspond le plancher musculaire pelvien fermé à la partie médiane par le plancher uro-génital. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin se confond avec la paroi supérieure, variable à l'infini selon l'épaisseur de la paroi antérieure (symphyse pubienne et paroi abdominale doublées intérieurement d'un coussin hydraulique de volume essentiellement changeant, la vessie et la direction de la paroi postérieure, (vagin, utérus, et ligaments larges normalement mobiles).

4°. — Aux faces latérales symétriques répond l'ossature antérieure de l'excavation : pubis, ischion et leur pont membraneux, en avant ; surface de conjugaison des trois os iliaques en arrière, matelassée par des lames musculaires.

5°. — Ainsi délimitée, la région utéro-vésicale renferme, noyés dans du tissu cellulaire neutre ou différencié selon ses fonctions, deux organes : l'un essentiel, noble, l'utérus ; l'autre accessoire, réservoir d'attente, la vessie. Entre eux, source de leur vie commune de voisinage, rampent des vaisseaux et des nerfs anastomosés entre eux.

6°. — Entre la paroi abdominale et l'utérus, émanation de celui-ci se tend le ligament rond, seul organe essentiellement pelvien antérieur.

7°. — La région utéro-vésicale a sa nosologie spéciale : Collections ou tumeurs développées aux dépens de ses parois ou de son contenu répondent toutes à un signe physique commun : leur perception digitale à travers le cul-de-sac vaginal antérieur.

8°. — L'hématocèle antérieure a une fréquence relative. Traduction de la rupture d'une grossesse tubaire, elle est due :

Soit au reflux du liquide épanché du cul-de-sac postérieur vers l'antérieur (hématocèle supra-utérine).

Soit à l'oblitération du cul-de-sac postérieur par des adhérences ou par une collection anciennes, par une tumeur surajoutée.

Soit au déchirement antérieur d'un kyste fœtal en position ordinaire.

Soit à l'éclatement d'une salpingite hémorragique gravisée tombée en avant de l'utérus.

9°. — L'hématome sous-péritonéal obéit aux mêmes lois de progression que les collections purulentes sous-péritonéales.

10°. — L'abcès anté-utérin n'est pas une entité morbide. Il n'est que le fait d'une localisation accidentelle de l'infection purulente généralisée à tout le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique dans l'espace vésico-utérin ou de la halte du pus sur le pont juxta-utérin interligamentaire, dans le cas de suppuration du tissu cellulaire du ligament large.

11°. — De même le pus peut se condenser en arrière de la symphyse pubienne, en avant de la vessie (phlegmon de la cavité de Retzius) ou sur ses faces latérales (abcès périvésical).

12°. — Très exceptionnellement un foyer d'appendicite subaiguë peut en imposer pour une collection purulente pré-utérine. En pareil cas l'évolution de la maladie, les symptômes généraux et la dépendance de la poche vis-à-vis de la fosse iliaque droite permettent en général d'asseoir un diagnostic ferme.

13°. — La richesse et la précision des moyens d'investigation vésicaux (Cathétérisme, toucher vésical, cryoscopie) rendent impardonnables les erreurs de localisation d'origine des tumeurs de la vessie.

14°. — En dehors des calculs vésicaux enchatonnés ou logés dans des diverticules du réservoir, il existe une variété rare de calculs, consécutifs à l'irruption dans la vessie des fils de suture utérine. Elle est le fait :

Ou du sphacèle des parois pincées contre l'utérus par des fils aseptiques.

Ou de l'ouverture dans la vessie d'un abcès développé en avant de l'utérus au niveau de fils septiques.

15°. — Très rarement, les fibromes du ligament rond atteignent un volume suffisant pour remplir le pelvis antérieur. En dehors de leur indépendance vis-à-vis de la vessie, de l'utérus ou des parois de l'excavation, il n'existe pour les reconnaître qu'un signe pathognomonique inconstant, la sensation subjective de tiraillement, au niveau du canal inguinal, dans les tentatives de mobilisation.

16°. — De l'instant que le fond utérin est fixé, l'antéflexion congénitale ou acquise rentre dans le domaine nosologique.

17°. — Les kystes hydatiques quelle qu'en soit l'origine, osseuse, rétro-vésicale, utérine ou cellulaire, siègent aussi bien dans la région utéro-vésicale que dans la région recto-vaginale.

18°. Les deux propositions dites « signe de Kuster » n'ont aucune valeur pathognomonique.

19°. — Les kystes dermoïdes anté-utérins occupent cette situation, soit primitivement, à titre d'anomalie congénitale, soit secondairement par suite d'adhérences anciennes post-puerpérales, à la paroi antérieure ou par migration.

20°. — Le cul-de-sac vésico-utérin est le siège **anormal** de toutes les tumeurs libres et pédiculées émigrées de leur habitat primitif, le cul-de-sac de Douglas, **pour des causes diverses** dont la principale, **favorisée par** de multiples circonstances accessoires, est à leur sortie du petit bassin la déclivité du détroit supérieur.

21°. — La torsion du pédicule n'est sur l'instant que la conséquence immédiate et plus tard le témoin irrécusable de cette migration.

22°. — Toute tumeur dans l'histoire évolutive de laquelle on rencontrera une ou plusieurs crises correspondant à une seule ou plusieurs étapes de cette migration ressortira à ces variétés de tumeurs.

23°. — Chacune d'elles présente un ensemble de symptômes physiques et généraux qui lui est spécial au même titre que si elles occupaient leur situation normale. Seul le caractère « mobilité » disparaît par suite du travail inflammatoire péritonéal consécutif à la torsion.

24°. — Le pyosalpinx à pédicule tordu est postérieur à la torsion de l'hydrosalpinx dont il naît.

25. — A la nosologie spéciale du cul-de-sac vésico-utérin appartiennent les tumeurs sessiles ou à pédicule non tordu qui se développent :

Aux dépens d'organes émigrés accidentellement dans cette région : kystes de l'ovaire dermoïdes ou mucoïdes, kystes tubo-ovariens, hydrosalpinx, pyosalpinx, etc... Le mécanisme le plus plausible est la formation d'adhérences entre les organes génitaux profonds et la paroi abdominale pendant l'involution utérine.

Ou aux dépens d'organes dont cette région est le véritable habitat : kysto-fibromes ou fibro-myômes de la paroi utérine antérieure ; kystes de l'organe de Rosenmuller ; tumeurs de la face antéro-externe de la trompe, etc...

Ou aux dépens d'organes normaux mais en situation primaire anormale ; kystes dermoïdes ; ou d'organes accessoires ou surnuméraires : kystes de l'ovaire, hydroparasalpingites, etc...

26°. — En dehors des kystes hydatiques et des exostoses pubiennes, les tumeurs osseuses du pelvis antérieur rentrent dans le cadre des curiosités pathologiques.

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*
DEBOVE.

Vu : *Le Président,*
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	5
--------------------	---

Première partie. — Anatomie

CHAPITRE I. — Définition. Valeur anatomo-clinique de la région utéro-vésicale. Constitution générale...	7
— II. — Le contenant.....	
§ 1. Paroi antérieure.....	11
§ 2. Paroi postérieure.....	13
§ 3. Parois latérales.....	16
§ 4. Paroi inférieure.....	18
§ 5. Paroi supérieure.....	20
CHAP. III. — Le contenu,	
§ 1. Tissu cellulo-conjonctif.....	24
§ 2. Urètre.....	29
§ 3. Artères.....	30
§ 4. Veines.....	32
§ 5. Lymphatiques.....	34
§ 6. Nerfs.....	35
§ 7. Débris embryonnaires.....	37

Deuxième partie. — Etude

CHAPITRE I. — Epanchements séreux.....	39
— II. — Hématocèle antérieur.....	41
— III. — Collections purulentes.....	45
— IV. — Tumeurs de la vessie.....	52
— V. — Tumeurs de la portion intra-abdominale du ligament rond.....	59
— VI. — Antéversion et antéflexion utérine.....	62
— VII. — Fibro-myômes et kysto-fibromes de la face antérieure de l'utérus.....	66
— VIII. — Kystes hydatiques.....	69
— IX. — Kystes dermoïdes.....	72
— X. — Tumeurs à pédicule tordu, etc.....	78
— XI. — Tumeurs sessiles ou à pédicule sans torsion..	82
— XII. — Tumeurs osseuses.....	86

Troisième partie

Observations	91
Conclusions	160